

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 janvier 1896, à 1 heure

Par GABRIEL BARRUOL

Né au Revest-du-Bion (Basses-Alpes), le 18 février 1870

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

COMPLICATIONS CARDIAQUES

DE LA BLENNORRHAGIE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

GAUCHER,
NETTER,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

113



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0053

113

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 janvier 1896, à 1 heure

Par GABRIEL BARRUOL

Né au Revest-du-Bion (Basses-Alpes), le 18 février 1870

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

COMPLICATIONS CARDIAQUES

DE LA BLENNORRHAGIE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

GAUCHER, {
NETTER, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	SÉE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	RETTERER.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RICARD.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.		WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR POTAIN

MEMBRE DE L'INSTITUT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Les complications cardiaques de la blennorrhagie ont été, pendant ces dernières années, l'objet de publications nombreuses et de recherches bactériologiques intéressantes, qui ont démontré l'existence du gonocoque dans l'endocarde par des colorations sur coupes histologiques et par des cultures sur milieux spéciaux.

Bien que plusieurs thèses aient été faites sur ce sujet, nous avons donc pensé que nous ne ferions pas une œuvre inutile en ajoutant aux travaux de nos devanciers les renseignements que nous avons pu puiser dans de nombreuses publications périodiques françaises, anglaises, allemandes et italiennes.

A l'aide de ces documents, nous nous sommes efforcé de faire avant tout une étude clinique.

La partie bactériologique de la question nous a principalement intéressé, parce qu'elle éclaire la nature et, jusqu'à un certain point, la pathogénie des cardiopathies blennorrhagiques.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux d'obéir à un devoir bien doux à accomplir, celui que nous dicte la reconnaissance envers notre famille et envers nos maîtres. Nous remercions solennellement nos excellents parents et nos sœurs bien-aimées Marie et Claire de l'affection et du dévouement sans bornes qu'ils n'ont cessé un

seul instant de nous manifester et qui nous est assuré, nous le savons, durant toute notre carrière. Nous leur faisons hommage de ce modeste travail ; qu'il soit pour eux le gage certain de notre inaltérable dévouement.

Nous remercions très sincèrement les maîtres dévoués qui nous ont guidé dans nos études médicales, nous nous efforcerons de nous conformer toujours à leur enseignement et de nous retremper souvent dans la lecture de leurs œuvres. M. le professeur Potain nous a accueilli avec la plus grande bienveillance : il nous fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse, nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous serons bref sur ce chapitre, bien que les manifestations cardiaques de la blennorrhagie soient aujourd'hui en nombre considérable ; car des différents cas publiés, un petit nombre seulement a donné lieu à des recherches véritablement précises et complètes.

En 1854, Brandes publie la première observation probante ; elle lui avait été communiquée par Lehmann. En 1858, Hervieux relate, dans la *Gazette médicale de Paris*, un deuxième cas ; dans celui-ci comme dans le précédent, il s'agit d'une péricardite survenue au cours d'un rhumatisme blennorrhagique.

Un an après, Ricord, à propos des arthropathies blennorrhagiques, écrivait : « J'ai pu constater dans des cas de rhumatisme blennorrhagique aussi complets que possible, des symptômes d'endocardite et des épanchements dans le péricarde ».

Sans en publier un seul cas, Sigmund (1858) nous fait savoir qu'il en a également observé.

L'observation de Güntz (1867) a été discutée par M. Talamon, qui ne considère pas comme démontrée la nature gonococcienne de l'infection décrite. Il s'agirait peut-être d'un cas de rhumatisme articulaire franc, avec complications cérébrales survenant au cours d'une blennorrhagie.

Après l'observation isolée de Tixier (1866), Lacassagne publie un mémoire sur le même sujet (1872). La thèse de Vidart (1875), et surtout la revue critique de M. Talamon (*Revue de médecine*, 1878) marquent une des étapes les plus importantes de la question.

Paraissent ensuite la thèse de de Lapersonne (1886), où est rapportée une observation de cardiopathie blennorrhagique, et celle de Baisle (*Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique*).

Gluzinski (1889), dans un important mémoire, étudie les complications cardio-vasculaires de la blennorrhagie, et donne de ces divers accidents une description symptomatique assez complète.

Nous ne saurions oublier la thèse de Delprat, le mémoire de Mac Donnel, la thèse de Dérignac.

Plus récemment, Rosolemos, G. Lion, puis Souplet se sont occupés d'éclaircir la nature et la pathogénie des accidents décrits sous le nom de rhumatisme blennorrhagique, accidents auxquels la plupart des auteurs avaient d'abord rattaché les lésions cardiaques. Il a été démontré depuis, que les complications cardiaques peuvent apparaître sans aucune douleur articulaire ; il en fut ainsi dans le cas récemment rapporté par Prévost.

D'autres observations appartiennent à Thomas (1892). Wilh. His, Richardière, Pitruzella, Chiaiso et Isnardi, Leyden, Michaels, Prévost, Councilmann.

Enfin, dans une thèse récente, M. Boucher d'Argis a donné un résumé des travaux parus avant lui sur la péricardite blennorrhagique, dont il a pu recueillir treize observations.

Citons encore le fait tout récent de MM. Thayer et Blumer.

D'autres noms encore seront signalés au cours de cet ouvrage ; tels ceux de Patoir, Noguès, Bockhart, Rosolemos, Gerheim, Thibierge, Julien, parce que leurs travaux ont trait soit directement, soit indirectement, à la question que nous voulons étudier.

CHAPITRE II

Nature, pathogénie des lésions cardiaques survenant au cours de la blennorrhagie.

Contrairement à l'opinion émise par Lesser, il n'est plus permis de dire aujourd'hui que l'agent spécifique de la blennorrhagie « ne peut jamais déterminer une infection générale de l'organisme », et à la question posée par Féréol : « La blennorrhagie est-elle quelquefois une affection générale, une véritable maladie susceptible de produire une véritable infection de l'économie ? » c'est par l'affirmative qu'il faut répondre. On ne saurait plus admettre avec Thibierge que « l'histoire des complications générales de la blennorrhagie tient presque entière dans celle du rhumatisme ».

La spécificité du gonocoque paraît aujourd'hui démontrée : la blennorrhagie est le résultat de l'inoculation de cet agent sur une muqueuse. Mais, en ce qui concerne le rhumatisme blennorrhagique, qui nous intéresse particulièrement, le rôle du microbe de Neisser n'est pas encore suffisamment expliqué. Le trouve-t-on dans le liquide articulaire, en cas d'arthrite blennorrhagique ? Tandis que Haslund, Bornemann, Widal, Guyon et Janet ne l'ont jamais rencontré, d'autres auteurs, plus heureux dans leurs recherches, l'ont très nettement constaté (Bergmann, Kammerer, Bumm, Hall, Deutschmann, Lindermann, Jacquet). Or, ces

résultats positifs ont une grande importance, car pour qu'une recherche non suivie d'un résultat positif ait quelque signification, il faut qu'elle ait eu lieu dès le début des accidents, et, de plus, qu'elle ait été, pour chaque individu, renouvelée à plusieurs reprises.

Dans les premiers temps qui ont suivi la découverte du gonocoque, dit Souplet, on a immédiatement rapporté au gonocoque ce qui pouvait être appliqué aux microbes pathogènes, et l'on a admis par induction que le gonocoque déterminait des foyers successifs d'infection par suite de transport par la voie sanguine.

Au contraire, la tendance actuelle est d'abandonner provisoirement cette opinion émise un peu à la hâte et de lui préférer l'hypothèse de poisons gonococciques. Dans l'état actuel de la science, rien n'empêche que cette hypothèse soit appliquée à la blennorrhagie, et malgré l'hésitation instinctive des cliniciens à l'adopter, hésitation due à ce que la blennorrhagie avait été toujours considérée comme une maladie locale, rien n'empêche de faire à la maladie gonococcienne une application particulière de la règle générale énoncée par Gamaleïa : « L'infection n'est que l'intoxication par les poisons bactériens ». Cette opinion expliquerait bien les cas de rhumatisme blennorrhagique où le gonocoque n'a pas été rencontré dans le liquide articulaire.

Gerheim, Legrain, Patris de Broë, Guyon, ont une opinion toute différente. A la théorie uniciste dont nous venons d'exposer les deux variantes (1° infection par le gonocoque lui-même ; 2° infection par les poisons, les toxines sécrétées par le gonocoque), ils opposent celle de l'infection secondaire, qui peut se résumer comme il suit.

Les complications de la blennorrhagie sont dues non pas au gonocoque de Neisser, mais à d'autres microbes qui l'accompagnent constamment. Le gonocoque est bien l'agent de l'inflammation spécifique de la muqueuse uréthrale, mais non des accidents parablennorrhagiques. Ceux-ci ne lui sont pas dus, ils sont sous la dépendance de microcoques tout autres. Les complications de la blennorrhagie ne doivent pas être considérées comme le résultat d'une infection générale, mais comme le fait d'une infection secondaire, d'un envahissement par un microbe d'un organisme déjà infecté par un autre microbe. Souplet n'accepte pas cette opinion, pas plus, d'ailleurs, que la théorie de l'infection mixte de Jouis, qui admet deux degrés dans l'infection : un premier dû au gonocoque, un second aux microbes pyogènes ordinaires. Quelques observations pourtant démontrent que cette infection mixte est possible, car dans certaines arthrites suppurées, on a trouvé des microbes autres que le gonocoque. Dans ces cas, on peut dire qu'il y a infection parablennorrhagique. Mais puisque le gonocoque, lui aussi, a été trouvé dans le contenu de synoviales articulaires, Gerheim s'est trompé en affirmant que « tous les processus inflammatoires qui sont rattachés à la blennorrhagie et qui portent sur des tissus autres que ceux revêtus d'épithélium cylindrique sont le fait d'une infection secondaire ».

Ainsi nous pouvons conclure que les complications pseudo-rhumatismales de la blennorrhagie sont souvent dues au gonocoque, puisque ce microbe a été retrouvé soit dans les tissus atteints de lésions pseudo-rhumatismales, soit dans les liquides exsudés par les séreuses lésées.

Si maintenant nous nous attachons à étudier plus particulièrement ce qui a été observé pour le cœur, nous voyons d'une part des faits positifs : le gonocoque a été constaté, mis en évidence dans les exsudats inflammatoires au moins dans six observations ; d'autre part des résultats négatifs à la vérité beaucoup plus nombreux. L'hypothèse de Dérignac, Moussous, Lion, Souplet, etc. de complications cardiaques produites par l'action du gonocoque n'en a pas moins reçu la preuve qui lui manquait.

Mais dans les cas où le gonocoque n'a pas été rencontré dans les séreuses cardiaques, avait-on affaire à une inflammation blennorrhagique, à une inflammation rhumatismale, ou encore à une infection banale à laquelle l'inflammation de l'urèthre aurait ouvert une porte, en privant le canal urétral de son épithélium protecteur ?

C'est là une question complexe, à laquelle seul l'examen bactériologique des tissus malades pourrait apporter une réponse nette et catégorique. La constatation du gonocoque dans les tissus serait une preuve irréfutable pour un cas donné.

Pourtant l'absence de tout micro-organisme ne prouverait point que l'affection n'est pas gonococcienne ; en effet, nous l'avons dit plus haut, les toxines, auxquelles les bactériologistes accordent aujourd'hui une grande importance, pourraient peut-être déterminer des processus irritatifs sur les diverses parties du cœur, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux.

Peut-être l'expérimentation pourrait-elle aussi apporter à la question qui nous occupe des éclaircissements, sinon des preuves absolues : car on ne peut pas toujours conclure de l'animal à l'homme.

Nous nous voyons donc forcé de nous en rapporter, pour nous faire une opinion sur la nature et la pathogénie de la plupart des cas d'endocardite, péricardite, myocardite observés jusqu'à ce jour, aux renseignements que nous pourrions puiser dans les observations recueillies.

Nous verrons ainsi que ces faits sont complexes, différents les uns des autres par les allures, le siège de la lésion cardiaque, et par les antécédents des sujets.

Le nombre de péricardites dénommées blennorrhagiques est encore assez restreint. M. Boucher d'Argis, dans sa thèse, en cite pourtant treize cas. Il est vrai que les observations publiées avant 1878 ont été pour la plupart critiquées. M. Talamon, à cette époque, ne considérait comme bien authentique que le cas publié par Brandes et observé par Lehmann : « Il faut reconnaître, dit M. Souplet dans sa thèse, qu'il y a une grande difficulté à faire admettre l'existence d'une péricardite blennorrhagique, car ou les malades ont eu du rhumatisme, ou c'est au cours du rhumatisme blennorrhagique que cette complication survient ». Pourtant nous pouvons considérer avec cet auteur le fait personnel qu'il apporte comme présentant des relations incontestables avec la blennorrhagie, tant par la netteté de ses symptômes que par l'impossibilité d'invoquer aucune autre étiologie.

On voit donc que nous attachons aux allures cliniques de l'affection une grande importance, ainsi qu'aux accidents concomitants, et aux antécédents du malade. Chez un certain nombre de ces derniers, les auteurs ont en effet signalé des attaques antérieures de rhumatisme articulaire aigu avec ou sans complications cardiaques. Dans ces cas, le rhumatisme est-il la cause prochaine de la péricardite,

ou a-t-il seulement, par les lésions qu'il a laissées, diminué la résistance des tissus valvulaires et facilité l'infection blennorrhagique ?

De même, toutes les observations d'endocardite au cours d'une blennorrhagie, ne sont pas démonstratives. M. Talamon, dans un excellent article à ce sujet, en a discuté quelques-unes, et c'est avec raison qu'il révoque en doute leur valeur. Ainsi, chez certains malades, on observe des antécédents rhumatismaux. Sans doute, ce n'est pas sur ces cas isolés qu'on pourrait étayer l'endocardite blennorrhagique. Mais les observations de Desnos, Desnos et Lemaître, Brandes, Hervieux, Lorrain sont considérées par M. Talamon lui-même comme étant absolument probantes.

M. Souplet, dans sa thèse, considère que, dans le cas de Chevalier, l'existence d'un fort érythème noueux en même temps que celle de l'endocardite doit faire éliminer cette observation. A notre avis, l'érythème noueux a été assez souvent constaté au cours de la blennorrhagie pour que l'apparition de cette lésion cutanée ne doive pas être considérée comme démontrant la nature rhumatismale de l'affection cardiaque.

Quant aux observations dans lesquelles des antécédents rhumatismaux sont signalés, que devons-nous penser ? Nous nous efforcerons de montrer plus loin que deux interprétations principales sont possibles. Ou bien une endocardite blennorrhagique vient se greffer sur une ancienne endocardite rhumatismale ; ou bien, sous l'influence de la déchéance de l'organisme, une nouvelle poussée d'endocardite rhumatismale se produit : il y aurait réveil de la diathèse rhumatismale.

D'après l'ensemble des observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que dans plusieurs cas aucun antécédent rhumatismal, aucune maladie considérée comme capable de produire une affection cardiaque n'est signalée (Observation I, par exemple).

Dans quelques cas, les malades étaient nettement rhumatisants ; mais chez plusieurs, l'apparition brusque de phénomènes cardiaques à marche aiguë coïncide avec l'écoulement blennorrhagique, et des manifestations articulaires, affectant nettement la marche des arthropathies blennorrhagiques, semblent bien indiquer qu'il s'agit d'une localisation cardiaque de l'infection blennorrhagique.

Dans la plupart des autres cas, l'interprétation reste impossible, les accidents concomitants, par exemple les arthropathies, simulant aussi bien un rhumatisme franc qu'un pseudo-rumatisme. (Naturellement, nous ne pouvons en juger que par la description qu'en ont donnée leurs auteurs.)

Enfin, dans l'observation de Railton, au cours d'une blennorrhagie, chez un rhumatisant, survient une attaque de rhumatisme polyarticulaire aiguë. La complication cardiaque qui en résulte doit, à notre avis, être attribuée au rhumatisme, qui se complique fréquemment de cardiopathies, tandis que celles-ci sont très rarement produites par la blennorrhagie.

Les autres cas publiés sont trop incomplets pour qu'on puisse formuler une opinion à leur sujet.

Nous reviendrons sur ce chapitre à propos du diagnostic, et nous nous efforcerons de mettre en relief les symptômes

d'après lesquels on peut, dans les cas nets, rattacher à la blennorrhagie telle ou telle complication cardiaque, tandis que, dans d'autres cas, une complication de ce genre doit être rattachée au rhumatisme.

CHAPITRE III

Étiologie.

Les complications cardiaques dans la blennorrhagie sont assez rares, puisqu'un petit nombre d'observations seulement ont été publiées depuis 1854. Cependant, peut-être faut-il admettre avec Dérignac qu'elles sont moins rares qu'on ne le croirait. « Il arrive, dit cet auteur dans sa thèse, qu'on néglige l'examen des organes génitaux des femmes et qu'on rapporte à un rhumatisme ordinaire ce qui n'est en réalité qu'une arthrite blennorrhagique avec complication cardiaque. Il doit se passer ici ce qu'on observe à propos de l'arthrite blennorrhagique, considérée naguère comme propre à l'homme, jusqu'aux observations bien authentiques de Ricord (communication orale à M. Fournier), et jusqu'à l'observation prise à Lourcine par M. Richet. »

Ces complications cardiaques peuvent s'observer à tous les âges. L'observation de Chiaiso et Isnardi concerne une attaque de rhumatisme blennorrhagique avec complications viscérales et cardiaques, chez une petite fille de 10 ans. On les a vues une fois chez un homme de 53 ans. Mais elles s'observent le plus souvent chez les individus jeunes, c'est-à-dire, naturellement, à l'âge où la blennorrhagie est surtout fréquente.

Les deux sexes peuvent être atteints de cardiopathies blennorrhagiques ; mais, comme il est facile de le constater

en se rapportant aux observations publiées à la fin de cet ouvrage, elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (trente cas contre trois cas chez la femme).

Les refroidissements, la diathèse rhumatismale, semblent créer une prédisposition à la localisation des accidents sur les jointures ou sur le cœur.

En dehors même de ce fait, il existe bien certainement des individus qui, prédisposés aux longues suppurations, sont plus enclins que d'autres à faire de la résorption purulente.

La vérité est que nous ignorons absolument pour quelle raison chez tel individu plutôt que chez tel autre, atteint comme lui de blennorrhagie, survient une complication cardiaque.

Comme dans la plupart des maladies infectieuses, la fatigue, le surmenage, toutes les causes d'affaiblissement peuvent être considérées comme des causes favorables à cette complication. L'arthritisme, prédisposant aux complications articulaires de la blennorrhagie, favoriserait par là même les localisations du processus pathologique sur le cœur. Le rhumatisme articulaire, par les lésions chroniques des valvules, agirait autrement : il laisserait après lui des points altérés, où les tissus sclérosés, ayant une vitalité et une résistance diminuées, seraient des foyers tout préparés pour l'inflammation de l'endocarde valvulaire.

Ce qui est certain, c'est que, dans un grand nombre de cas, le rhumatisme est signalé chez les malades atteints d'endo-péricardite au cours de la blennorrhagie,

Dans son observation, M. Prévost est porté à attribuer

les complications viscérales à une injection intra-urétrale. Il est certain qu'une injection mal faite, en déchirant la muqueuse ou en l'excoriant, peut ouvrir une porte à l'infection générale. Mais comme ce cas est unique dans la science, et que le nombre des malades traités par les injections est immense, il nous semble logique de conclure que M. Prévost, déconseillant les lavages de l'urèthre, va trop loin ; il faut seulement veiller à ce qu'elles soient exécutées suivant les règles indiquées par le professeur Guyon, par Janet, etc.

Enfin, dans un certain nombre de faits, et ils ne sont pas rares, aucune cause prédisposante ou occasionnelle n'est signalée. Une péricardite ou une endocardite survient, sans qu'aucun commémoratif explique son développement pendant la blennorrhagie la plus banale jusqu'à son apparition.

Les complications cardiaques peuvent apparaître à des époques variables à partir du début de la blennorrhagie, soit dans les premiers jours, soit dans les premières semaines, soit plusieurs mois après que le malade a constaté son écoulement uréthral. Donc, sur ce point, pas de règle fixe. Ordinairement, et c'est tout ce qu'on peut avancer à ce sujet, la blennorrhagie est dans une période aiguë ; mais cette proposition elle-même n'est pas absolue.

Dans quelques cas, les malades ont eu déjà une ou plusieurs blennorrhagies sans aucune complication, ou tout au moins sans complication cardiaque, et c'est à l'occasion d'une récurrence que cette dernière apparaît.

CHAPITRE IV

Symptômes et formes cliniques.

L'infection gonococcienne, lorsqu'elle atteint l'organe central de la circulation, peut se localiser soit sur l'endocarde, soit sur le péricarde, ou sur ces deux séreuses à la fois. Dans un cas, publié par Councilmann, il y avait en même temps que de la péricardite, une myocardite intense. Nous étudierons donc successivement :

- 1° L'endocardite ;
- 2° La péricardite ;
- 3° La myocardite, au sujet de laquelle nous ne savons encore que peu de chose.

A. — Endocardite.

L'endocardite blennorrhagique est la complication cardiaque la plus fréquemment observée. Elle peut se présenter sous deux formes principales :

- 1° Tantôt elle affecte les allures d'une endocardite simple, non infectieuse.
- 2° Tantôt il s'agit d'une endocardite infectieuse, caractérisée par des phénomènes généraux graves en rapport avec une infection générale de l'économie. La terminaison, dans ces cas, est la mort. A l'autopsie, on trouve les lésions ordinaires de l'endocardite ulcéreuse.

ENDOCARDITE SIMPLE. — « L'endocardite blennorrhagique simple, non infectieuse, dit avec raison M. Talamon, rappelle à tous les points de vue l'endocardite du rhumatisme articulaire aigu, avec laquelle il est d'autant plus facile de la confondre qu'elle s'accompagne souvent de polyarthrites dues à la blennorrhagie ».

Le plus souvent, cette endocardite débute insidieusement. Ce n'est que par un examen journalier du cœur des malades qu'on peut la voir apparaître et en constater l'existence. Dans quelques cas remarquablement légers, le souffle, bien que fort net et présentant tous les caractères d'un souffle de lésion valvulaire, s'entend quelques jours seulement, puis disparaît sans laisser aucune trace. Ces cas sont parfois difficiles à différencier des troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux décrits par Arnozan et Cheminade. Ces auteurs ont signalé de la lenteur du pouls chez quelques individus atteints de blennorrhagie.

Ils ont également eu l'occasion d'observer l'existence d'irrégularités dans les battements du cœur et des artères, parfois même des souffles cardiaques ; mais ceux-ci sont légers, passagers et très probablement en rapport avec l'anémie, si fréquente dans la blennorrhagie. Car c'est un fait très remarquable, de voir à quel degré cette suppuration limitée à quelques centimètres de la muqueuse d'un canal étroit peut débiliter, anémier tout l'organisme.

D'autres fois, des symptômes généraux ouvrent la scène. Ce sont, ordinairement, des exaspérations vespérales de la température, avec rémissions matinales.

Ainsi, dans notre observation inédite, les choses se passèrent de la façon suivante.

Cinq jours après son entrée, la malade, après avoir été un peu souffrante pendant la journée, est prise d'un frisson peu intense et en même temps de légères douleurs dans les articulations de la main droite, du coude gauche et du genou gauche.

Le lendemain ces douleurs augmentent, la température est de 38°3 le matin ; dans la soirée elle s'élève à 39°8. L'appétit est nul, la soif vive. A ce moment, les bruits du cœur sont absolument normaux, c'est le lendemain seulement qu'on note une légère altération des bruits de la pointe et des irrégularités.

Dans le cas de M. Richardière, en même temps qu'apparut l'élévation de la température, le malade se plaint de palpitations de cœur et d'angoisse précordiale. Les symptômes généraux et les troubles fonctionnels apparurent simultanément.

Chez le sujet de M. Prévost, le début fut vraiment dramatique : c'est en pleine rue, le soir, en revenant de dîner, que le malade fut pris d'un malaise extraordinaire ; on eut toutes les peines du monde à le ramener chez lui et à le mettre au lit. Ce cas fait exception à la règle générale, et ce mode d'apparition de l'endo-péricardite ne ressemble en rien à ceux qui surviennent chez les rhumatisants.

Dans un cas de His, le premier symptôme est une syncope, qui survient sans raison apparente. Trois jours après, refroidissement suivi de frissons, éruption de taches rouges, température à 40°5, 38 respirations par minute, souffle systolique à la pointe.

Quel que soit le mode de début, l'endocardite, une fois constituée, se manifeste par des signes stéthoscopiques

ordinaires, sur lesquels il serait superflu d'insister, et qui consistent essentiellement en bruits de souffles et en dédoublements.

A la valvule mitrale, où les lésions sont le plus fréquemment observées, l'auscultation dénote ordinairement un bruit de souffle au premier temps, car c'est l'insuffisance mitrale qui est la règle. Dans un cas, Desnos entendit tout d'abord un dédoublement, « un roulement qui est caractéristique de l'insuffisance avec rétrécissement mitral ».

De même aussi, à l'orifice aortique, l'insuffisance est la règle. Dans une observation de Morel, l'existence d'un bruit de souffle au premier temps et à la base, à droite du sternum, et l'existence de plateaux sur le tracé sphymographique, firent porter le diagnostic de rétrécissement aortique.

L'inflammation de l'endocarde peut porter à la fois sur ces deux orifices ; elle peut être généralisée et se manifester par des bruits de souffle multiples, perceptibles à la pointe et à la base.

Le cœur droit peut également être lésé ; mais dans aucun cas on n'a noté la localisation exclusive de l'inflammation sur l'endocarde du cœur droit.

Les troubles fonctionnels et les symptômes généraux sont ordinairement peu marqués. Des palpitations de cœur, des irrégularités, parfois un peu d'œdème des bases des deux poumons, sont les seuls signes observés ; ils peuvent même faire défaut.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. On a noté, même à la période aiguë, des crises d'asystolie menaçantes. Voici ce que dit, à propos d'un de ses deux malades, M. Desnos :

« Peu de temps après que nous avions reconnu l'existence de cette affection cardiaque, le malade commença à s'affaiblir ; il présentait une fièvre avec de grandes oscillations thermométriques, et je songeai, en voyant sa prostration, à une endocardite ulcéreuse s'accompagnant des phénomènes typhoïdes qui lui sont propres et qui sont aujourd'hui bien connus. Mais la marche ultérieure de la maladie ne tarda pas à me forcer d'abandonner mon diagnostic et de reconnaître que mon malade présentait les symptômes d'une asystolie que mes efforts étaient impuissants à combattre. En effet, en même temps que le pouls radial s'accélérait, devenait très faible, très petit, les extrémités inférieures, les mains même s'œdématisaient sans qu'il y eût de l'albuminurie ».

Cette asystolie peut même être mortelle, et c'est ce qui arriva dans l'observation à laquelle nous venons de faire allusion. Le malade mourut par asphyxie, dit M. Desnos. A l'autopsie, on ne trouva qu'une endocardite simple.

La mort peut aussi survenir par syncope, par arrêt du cœur. His en a relaté une observation.

Mais ces terminaisons fatales dans les formes simples sont l'exception.

« Dans la grande majorité des cas, écrit M. Richardière, dans son excellente revue critique (*Médecine moderne*, 1894), l'endocardite blennorrhagique a une période aiguë relativement courte. Les phénomènes d'éréthisme cardiaque durent peu. La maladie peut être considérée comme guérie au bout de quelques semaines. Il va sans dire qu'il s'agit d'une lésion passagère. L'endocardite passe souvent à l'état chronique, entraînant des lésions valvulaires incu-

rables, dont les conséquences se feront fatalement sentir dans un temps plus ou moins éloigné ».

ENDOCARDITE ULCÉREUSE. — Elle est la complication la plus grave que la blennorrhagie puisse déterminer du côté du cœur. Cette forme existe, les observations de Leyden, de Wilms, de Richardière, de His, etc., en font foi, et montrent même qu'elle n'est pas une rareté pathologique. Donc, si elle a été longtemps méconnue, elle doit aujourd'hui être acceptée sans conteste. Il est même probable que, comme elle se développe tardivement, c'est-à-dire à une période assez éloignée du début de la blennorrhagie (souvent après plusieurs mois), elle a passé plusieurs fois inaperçue, et qu'un certain nombre d'endocardites infectieuses considérées comme spontanées, ou classées comme étant de cause inconnue, n'avaient en réalité pour origine qu'une blennorrhagie méconnue ou oubliée.

Chez tous les malades qui ont présenté cette forme d'endocardite, il existait antérieurement ou simultanément des arthropathies, et parfois, en outre, d'autres complications (épididymite chez le malade de Leyden).

Le début est plus bruyant que dans la forme précédente. D'emblée, le plus ordinairement, l'affection présente des allures alarmantes. La fièvre est intense, des frissons répétés secouent le malade. His a noté une syncope comme premier symptôme.

Tantôt elle affecte la forme pyohémique, avec abcès multiples, tantôt la forme hémorrhagique avec des pétéchies cutanées et des hémorrhagies viscérales multiples. Parfois enfin (observation de Leyden), les symptômes sont ceux d'une septicémie : état typhoïde, albuminurie, hypertrophie de la rate, etc.

Dans ces cas, le plus souvent, l'endocardite est généralisée. Il y a cependant toujours prédominance des souffles au niveau de la base, l'endocardite ulcéreuse ayant une prédilection marquée pour les sigmoïdes aortiques, qui sont même seules atteintes dans quelques rares observations.

La terminaison constante est la mort, qui survient fatalement, et, d'une manière générale, au bout d'un temps assez court.

B. — Péricardite.

Comme nous l'avons montré pour l'endocardite, nous allons constater que la péricardite blennorrhagique n'a pas de signes propres, de formes cliniques spéciales qui permettent de la reconnaître.

Dans certains cas, les symptômes fonctionnels et généraux sont tellement atténués, que Gluzinski a pu décrire cette affection sous le nom de péricardite ambulatoire. Tout se bornait à un frottement péricardique palpable à la main, et surtout net à l'oreille. Il n'y avait ni fièvre, ni autre trouble de l'état général; il n'y avait même pas de douleur précordiale, ou tout au moins était-elle d'une intensité fort modérée; et pourtant, dans les huit cas sur lesquels Gluzinski a basé sa description, au point de vue clinique, cette péricardite était une péricardite sèche.

Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher de la forme ambulatoire certaines formes légères de péricardite décrites par Arnoz et Cheminade après Lœb. Mais, dans ces derniers faits, il s'agissait de péricardite avec épanchement; or on sait que dans ces formes d'inflammation du péricarde

les douleurs sont, en règle générale, plus modérées.

A côté de ces formes atténuées et bénignes, il en est d'autres, plus sérieuses et d'allure plus alarmante.

Dans ces cas l'attention est attirée du côté du cœur par deux symptômes : par des palpitations, et par des douleurs.

Parfois ces douleurs sont peu intenses : le malade se plaint plutôt d'un sentiment de gêne à la région précordiale (observation de Hervieux) ; d'autres fois, ce sont de vives douleurs constrictives, en barre, autour de la poitrine, et une véritable angoisse précordiale. Dans ces cas, la position horizontale peut être impossible, le malade reste assis sur son lit (observation de Lacassagne).

Les palpitations, comme la douleur, sont très variables dans leur intensité ; parfois faibles, elles peuvent quelquefois être assez fortes pour produire l'angoisse précordiale et même la syncope.

La dyspnée, ordinairement modérée, peut être très accentuée.

Les signes physiques sont ceux de la péricardite sèche, ou ceux de la péricardite avec épanchement. Dans le premier cas, frottements avec tous leurs caractères cliniques : siège, absence de propagation, accentuation par la pression de l'oreille et la position penchée du malade etc. Parfois ces frottements sont assez forts pour être perceptibles à la main ; d'autres fois, ils n'ont pu, par une auscultation minutieuse, être distingués qu'avec peine d'un souffle ou d'un dédoublement.

Dans les symptômes généraux, mêmes variations. Ainsi, dans une observation de Gluzinski, la température était normale, l'état général bon, il n'y avait qu'une accélération des battements du cœur (98 p.).

Cependant, d'ordinaire il y a de la fièvre, du malaise général, quelquefois même un ensemble symptomatique rappelant celui d'un embarras gastrique, ou d'une infection générale.

Mais quand ces symptômes généraux se sont montrés graves, il y avait toujours, en même temps que la péricardite, de l'endocardite et surtout des arthrites blennorrhagiques. Dans ces cas, la péricardite n'est qu'une des multiples localisations d'une infection générale, et les symptômes généraux ne sauraient être considérés comme produits par elle.

Aussi, n'est-ce pas sans raison que M. Boucher d'Argis dit dans sa thèse :

« Au point de vue symptomatique, rien de spécial ne peut être attribué à la péricardite blennorrhagique, et elle se comporte le plus souvent avec une bénignité relative ».

Dans l'endocardite blennorrhagique, on a pu décrire deux formes, l'une bénigne, l'autre maligne. Toutes les observations terminées par la mort au cours de la péricardite blennorrhagique, toutes celles qui ont été marquées par un complexe symptomatique grave, ne sont pas des observations de péricardite pure : il y avait toujours soit coïncidence de rhumatisme grave, soit, plus souvent encore, d'endocardite et de myocardite. Exceptons seulement le cas de Vidart, où la seule lésion du cœur trouvée à l'autopsie fut un dépolissement, sur une très petite étendue, du feuillet viscéral du péricarde. Mais comme les autres organes étaient sains, au dire de l'auteur, la mort, dans ce cas, survint par une cause inconnue que l'autopsie elle-même n'a pas révélée.

Quelles sont les terminaisons de la péricardite blennorrhagique ?

Le plus souvent, elle se termine rapidement par la résolution, et la guérison est complète. La durée a été brève (quelques jours seulement dans les cas de Hervieux, Brandes, Lacassagne, Baisle, Souplet, Morax); le cas le plus long eut seulement une durée de quinze jours.

Ajoutons que parfois la guérison n'est que temporaire; une rechute peut se produire et augmenter ainsi la durée totale de l'affection. C'est ce qui se produisit chez le malade de Gluzinski.

Enfin, pour résumer ce bref tableau séméiologique, la péricardite blennorrhagique n'a dans ses symptômes, ni dans ses allures rien qui la distingue des autres péricardites aiguës.

Les symptômes fonctionnels peuvent être très modérés (forme ambulatoire de Gluzinski), ou très intenses (douleurs, palpitations, dyspnée, syncope).

Les signes physiques sont ceux de la péricardite sèche ou avec épanchement.

Les symptômes généraux, ordinairement bénins, ne deviennent graves que quand il existe, en même temps que la péricardite, d'autres complications cardiaques (endocardite, myocardite), d'autres manifestations blennorrhagiques (rhumatisme pleurésie, érythème noueux, etc.).

C. — Myocardite.

La myocardite n'existe jamais seule dans la blennorrhagie.

gie. Dans l'observation de His, elle accompagnait une endocardite, et dans celle de Councilmann une péricardite. Dans les deux cas, elle n'était qu'une complication, ou plutôt qu'une extension des lésions de l'une ou l'autre des deux séreuses.

Le malade de His et celui de Councilmann moururent ; chez celui-ci le myocarde était infiltré de pus. Wilms a également trouvé, une fois, dans le myocarde, des abcès milliaires.

Dans tous les cas, la myocardite est venue aggraver les symptômes fonctionnels en diminuant l'énergie de la contractilité cardiaque. Son apparition évidemment aggrave le pronostic.

On voit donc que les complications cardiaques de la blennorrhagie localisées à l'endocarde, ou au péricarde, peuvent envahir le myocarde en même temps qu'une des séreuses, de même qu'elles peuvent occuper les deux séreuses (endo-péricardite), ou même tous les tissus du cœur (péricardite).

CHAPITRE V

Diagnostic.

Les questions que nous nous poserons, en face d'un malade atteint d'une maladie de cœur, au cours d'une blennorrhagie, seront seulement au nombre de trois :

1° Les signes physiques, les troubles fonctionnels observés sont-ils bien caractéristiques d'une lésion organique ?

2° Le diagnostic d'affection organique du cœur étant posé, faut-il voir là les traces d'une maladie ancienne ayant laissé des lésions valvulaires, avec lesquelles la blennorrhagie n'a rien à voir ? ou bien faut-il conclure à une affection déterminée par la blennorrhagie ?

3° La blennorrhagie a-t-elle déterminé une poussée aiguë chez un cardiaque, une endocardite blennorrhagique venant alors se greffer sur une lésion valvulaire chronique ?

Ce n'est pas une tâche facile que d'analyser une observation, d'en apprécier la valeur réelle ; très souvent en effet on se trouve (et ce n'est que trop vrai pour plusieurs observations reproduites plus loin), en présence de cas dont la relation est tout à fait incomplète ; ou bien une observation, quoique rédigée d'une façon nette et précise, laissera dans l'ombre un point par mégarde peu étudié ou à peine mentionné. Il est toutefois des observations qui ne laissent aucun doute dans l'esprit, qui sont absolu-

ment probantes, ainsi que l'avait déclaré M. Talamon dans sa revue critique des observations publiées jusqu'à lui. Quelques-unes en effet reproduisent le type décrit par Marty.

« Chez un sujet, chez lequel il n'existe pas la moindre prédisposition au rhumatisme, qui n'a jamais présenté aucune des affections signalées comme donnant lieu au développement d'une affection du cœur, sans autre chose que quelques phénomènes de nature douteuse et ayant cédé depuis de longues années pour faire place à une excellente santé, se développe une blennorrhagie. Et voilà que tout d'un coup, dans d'excellentes conditions d'hygiène, sans aucune autre cause appréciable, se déclarent des accidents dont l'endocarde est le théâtre et dont la réalité ne saurait être contestée. L'affection suit la marche normale. Grosse de menaces dès le début, elle provoque des élévations de température qui font porter un pronostic sinistre. Avec son début coïncide une amélioration notable de l'état local qui conduit assez rapidement à une guérison temporaire. Le fait semble parler de lui-même et accuser nettement sa parenté. Que de semblables cas soient peu fréquents, c'est vrai ; mais qu'ils n'existent pas, nous pensons qu'il sera possible de se convaincre du contraire en les recherchant avec soin ».

L'endocardite, la péricardite blennorrhagique existent donc bien, et l'anatomie pathologique a démontré que la myocardite de même nature peut également exister.

Il nous reste donc, en face du malade, à résoudre les trois questions posées plus haut.

1° Les signes physiques, les troubles fonctionnels ob-

servés chez lui sont-ils caractéristiques d'une lésion cardiaque ?

La blennorrhagie, étant au premier chef une maladie débilitante et anémiant, peut, comme toutes les maladies infectieuses, déterminer parfois des troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, sans que ces troubles soient liés à aucune affection cardiaque. Arnozan et Cheminade ont bien étudié ces troubles fonctionnels. Ils ont particulièrement observé un ralentissement considérable du pouls, décrit à nouveau par MM. Hirsch et Lévi (Du pouls lent permanent : *Gazette des Hôpitaux*, 1894). Arnozan et Cheminade ont également mentionné l'existence d'irrégularités dans les battements du cœur et des artères, parfois des souffles cardiaques légers et passagers, vraisemblablement en rapport avec l'anémie si fréquente dans la blennorrhagie.

Dans ces cas, les bruits de souffle ont des caractères spéciaux qui sont ceux des souffles inorganiques. Il est inutile, pensons-nous, de décrire ici les caractères de ces souffles. Toujours est-il que la constatation de ces troubles, surtout des irrégularités, doit mettre en éveil l'attention du clinicien, car s'ils peuvent exister sans aucune lésion cardiaque, ils ne sont souvent (les irrégularités du cœur principalement), que l'avant-coureur des signes caractéristiques de l'affection cardiaque.

Le souffle qui pourrait le plus prêter à erreur est celui qui s'observe au premier temps et à la base. Mais nous savons que les souffles anémiques sont doux, ont leur maximum au niveau du foyer pulmonaire, à gauche du sternum, tandis que les lésions organiques produites par la

blennorrhagie, siègent presque toujours au foyer des valvules mitrale ou aortique. Jamais elles ne sont exclusivement limitées aux valvules du cœur droit.

La distinction entre les lésions organiques et les troubles fonctionnels est donc possible pour le clinicien par une étude attentive du malade.

2° Le diagnostic d'affection organique du cœur, endocardite, péricardite, myocardite étant posé, est-ce une affection ancienne du cœur, d'origine rhumatismale par exemple, consistant en lésions des valvules qui persistent, comme elles persisteraient, si aucune blennorrhagie n'était survenue, ou bien est-ce une affection déterminée par la blennorrhagie ?

C'est ici que la discussion des observations devient véritablement difficile, car elles sont en trop grand nombre, malheureusement incomplètes, insuffisantes dans leurs détails. Il est pourtant des cas bien nets où existe le type si bien décrit par Marty et que nous avons reproduit ci-dessus ; telle notre observation inédite, tel surtout le cas suivant relaté par Prévost.

Un jeune homme, ayant toujours joui d'une santé parfaite, est atteint d'une blennorrhagie.

Au cours de la maladie, quelques heures après une injection très douloureuse, il est pris d'un malaise extraordinaire et subit en pleine rue, après avoir diné, comme d'habitude, en rentrant chez lui. Le médecin appelé constate l'existence d'une péricardite. Il nous semble très rationnel de considérer la complication comme imputable à la seule maladie infectieuse que cet homme présente, à la blennorrhagie.

Si, au contraire, il s'agit d'un rhumatisant ancien, qui porte à la région précordiale des traces de vésicatoires, de ventouses scarifiées, ou d'autres révulsifs, s'il est, d'une manière avérée, un cardiaque ancien, et si aucun trouble nouveau n'est survenu du côté de l'appareil circulatoire, si un examen méthodique seul a conduit à la constatation d'un bruit anormal qu'on ne recherchait pas, ou qu'on ne recherchait qu'à cause des antécédents rhumatismaux du malade, le diagnostic à notre avis doit être tout autre et sera celui d'endocardite rhumatismale, ou plutôt de lésions valvulaires d'origine rhumatismale. La blennorrhagie n'a rien à voir avec les lésions du cœur.

3° Nous arrivons à notre troisième point. On a vu chez d'anciens rhumatisants cardiaques, survenir, au cours d'une blennorrhagie, des accidents aigus du côté de l'organe central de la circulation. Ces accidents *aigus* doivent-ils être mis sur le compte de la blennorrhagie ou doit-on les considérer comme le résultat d'un réveil de la diathèse rhumatismale ?

C'est ici que la question devient véritablement difficile à résoudre et que la sagacité du clinicien sera véritablement mise à l'épreuve ?

Pour la simplifier, nous allons la subdiviser, car, dans cette catégorie, les faits sont encore complexes. Dans un premier cas, au cours d'une blennorrhagie, un rhumatisant cardiaque est pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, et, au cours de celle-ci, d'accidents cardiaques aigus ; il s'agit alors d'une poussée aiguë d'endocardite rhumatismale. Dans un second ordre de faits, les phénomènes cliniques présentent l'évolution suivante :

Un malade qui a des lésions valvulaires d'origine rhumatismale, atteint d'une blennorrhagie, voit se développer des arthropathies d'allures bâtardes qui peuvent être aussi bien un rhumatisme subaigu que des arthropathies blennorrhagiques, en somme la nature de ces manifestations articulaires n'est pas déterminée. Tout à coup paraissent des accidents cardiaques aigus, à marche infectieuse, évoluant vers une terminaison fatale.

Dans ces cas, le diagnostic nous semble tout différent. L'endocardite rhumatismale n'étant pas infectieuse, au sens ancien du mot, c'est à la blennorrhagie que ces accidents d'endocardite végétante, ulcéreuse, doivent être rattachés.

Enfin, ce même malade, au lieu d'une endocardite infectieuse, présente une endocardite simple qui évolue vers le passage à l'état chronique. Quel diagnostic poserons-nous ? Aucun. Dans l'état actuel, cette question est insoluble, et le clinicien devra laisser en suspens son opinion, réserver son diagnostic.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique, bactériologie.

Les autopsies de cardiopathies blennorrhagiques sont encore peu nombreuses. Mais, malgré leur petit nombre, il est facile de constater qu'au point de vue macroscopique, et même au point de vue histologique, ces inflammations de l'endocarde, du péricarde, du myocarde même, ne présentent rien de bien spécial, rien qui permette de diagnostiquer la nature de l'affection en face d'une pièce anatomique. Les auteurs se sont si bien rendu compte de la banalité des lésions, qu'ils se sont contentés de les signaler sans les décrire. De leurs observations, on peut conclure pourtant que les lésions affectent de préférence la valvule mitrale (moins souvent pourtant que dans le rhumatisme articulaire franc), puis les valvules sigmoïdes de l'aorte ; les lésions du cœur droit, dont les deux valvules peuvent être lésées simultanément ou isolément, sont plus rares. Fréquemment, il y a coexistence de lésions mitrale et aortique.

L'examen bactériologique de ces lésions nous paraît plus fécond en déductions cliniques. Seul, en effet, il démontre péremptoirement l'existence des cardiopathies blennorrhagiques. Déclarons tout de suite que souvent il est resté négatif ; mais il n'en a pas toujours été ainsi, comme le démontrent les faits suivants.

Thayer et Blumer ont trouvé : « dans toutes les coupes

de tissu inflammatoire, des diplocoques en petit nombre, ce qui est évidemment dû à ce qu'ils se décolorent si facilement ; ils existent surtout au niveau des foyers les plus aigus, parfois en dehors des cellules, parfois en dedans des leucocytes polynucléaires. Dans un certain nombre de cas, on a observé que non seulement le protoplasma, mais le noyau, est envahi par ces diplocoques et l'on peut voir plusieurs paires de microcoques, dans le noyau, entourés d'une couche de protoplasma non colorée ».

Ces auteurs ont même obtenu des cultures pures de gonocoque en ensemençant le sang du sujet. De leur observation, ils concluent au point de vue bactériologique :

« Le microbe trouvé sur les coupes et dans les cultures était le gonocoque de Neisser : sa forme et sa disposition étaient caractéristiques ; quoique parfois libres, les microbes furent souvent trouvés accumulés dans le protoplasma des leucocytes du thrombus, sur la valvule. Ce micro-organisme ne put se développer sur les milieux ordinaires. Il se développa facilement sur un mélange de sang humain et d'agar-agar (1/3 de sang).

Il se décolorait par la méthode de Gram. »

Gluzinski a rapporté un cas d'endocardite ulcéreuse avec des microbes ayant la forme de gonocoques sur les valvules.

His a trouvé dans un thrombus, sur une valvule, des organismes rappelant le gonocoque ; ils se décoloraient par la méthode de Gram.

Councilmann a rapporté un cas de péricardite avec foyers suppurés dans le muscle cardiaque. Les micro-organismes étaient entièrement décolorés par la méthode de Gram.

Winterberg a trouvé des gonocoques sur les valvules ; ils se décoloraient par la méthode de Gram. Michaëlis a obtenu des résultats semblables.

Leyden, dans un cas d'endocardite ulcéreuse, tenta des cultures sur les milieux ordinaires avec le sang recueilli dans une veine pendant la vie et dans le ventricule gauche après la mort.

A l'examen microscopique, des gonocoques typiques furent trouvés dans un thrombus sur la valvule ; ils avaient des formes caractéristiques et les réactions histochimiques des gonocoques.

Tous ces résultats, toutes ces recherches suivies de résultats positifs concernent des endocardites ulcéreuses.

Les rares cas d'endocardite simple étudiés au point de vue bactériologique n'ont donné que des résultats négatifs. De nouvelles recherches sur ce point seront nécessaires.

Enfin, nous terminerons en disant que Wilms a pratiqué l'examen bactériologique des végétations trouvées sur l'endocarde, à l'autopsie de son malade. Les bactéries et les cocci qu'il a rencontrés ne lui ont pas paru présenter les caractères du microbe de Neisser. S'agit-il dans ce cas d'une infection mixte où le gonocoque aura passé inaperçu, d'une infection parablennorrhagique, ou d'un envahissement post-mortem par les microbes de l'intestin, nous l'ignorons. Dans tous les cas, il n'infirmes en rien les résultats positifs obtenus par les auteurs ci-dessus désignés.

CHAPITRE VII

Pronostic. — Complications. — Traitement.

Nous passerons rapidement sur ces trois points, au sujet desquels nous ne saurions rien dire de particulier.

L'endocardite blennorrhagique simple peut guérir sans laisser aucune trace; de même la péricardite qui, lorsqu'elle est isolée, guérit toujours.

Les péricardites blennorrhagiques ne sont graves que quand elles sont associées à de l'endocardite ou à la myocardite.

Le plus ordinairement l'endocardite laisse après elle des altérations valvulaires persistantes et qui, une fois constituées, n'ont rien de spécial.

Parfois la mort, dans ces endocardites simples, est survenue par asystolie. Elles se sont compliquées deux fois d'embolies cérébrales, une fois d'embolie dans les vaisseaux d'un membre inférieur.

Les formes infectieuses de l'endocardite, les formes suppurées de la myocardite et de la péricardite se sont toujours terminées par la mort.

Nous serons bref sur le traitement.

Soutenir l'état général par les toniques et les excitants diffusibles, voilà ce qu'il faut faire contre l'infection générale, puisque nous ne possédons pas un traitement spéci-

fique de l'infection blennorrhagique. L'élimination des toxines sera favorisée par les diurétiques et surtout le régime lacté. On s'adressera directement à la lésion cardiaque par l'emploi des révulsifs, et l'on administrera suivant les indications les toniques du cœur et les médicaments capables de régulariser la circulation.

OBSERVATIONS

A. — Endocardites.

OBSERVATION I (inédite, due à l'obligeance de M. LE DAMANY,
interne des hôpitaux).

Vaginite à gonocoques. — Rhumatisme blennorrhagique. — Accidents indiquant une infection générale de l'économie. — Endocardite blennorrhagique localisée à la valvule mitrale. — Guérison avec persistance d'une insuffisance valvulaire.

La nommée H... Gabrielle, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital Broca pour la première fois le 27 mai 1894. Elle se plaint d'éprouver une cuisson assez intense aux parties génitales, cuisson exagérée par la marche et par les rapports sexuels, qui sont extrêmement douloureux. La miction est également très douloureuse et s'accompagne de sensations de brûlure. Elle souffre un peu dans les aines, surtout à gauche, où elle a, dit-elle, des glandes. Elle est bien réglée ; mais elle a des pertes blanches assez abondantes et continuelles qui tachent sa chemise en jaune verdâtre. Le début de cette affection remonte à une dizaine de jours.

Sa mère a été sujette à des névralgies tenaces qui ont duré plusieurs années. La malade ignore à quelle affection sa mère a succombé ; mais elle assure qu'elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire ni de maladie de cœur.

Son père était alcoolique ; c'est à peu près le seul renseignement positif qu'elle peut donner sur lui. Il mourut victime d'un accident. Nous interrogeons minutieusement la malade pour savoir s'il n'a pas été atteint de rhumatisme ; sur ce point, ses réponses nous permettent à peu près d'affirmer que non.

Elle a deux frères plus âgés qu'elle ; ils jouissent d'une santé parfaite, et, d'après elle, n'ont jamais été malades.

Elle a également une sœur, mais, depuis plusieurs années, elle l'a perdue de vue ; elle ne peut nous donner à son sujet aucun renseignement précis.

Ses antécédents personnels sont peu chargés. Elle n'a eu, dit-elle, ni rhumatisme, ni syphilis, ni aucune maladie vénérienne, jusqu'à ce jour.

Il y a deux ans, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde, elle fut soignée à l'hôpital de la Charité. La durée de cette maladie fut de cinq semaines environ.

Depuis cette époque, après une convalescence assez longue, sa santé resta bonne, malgré les excès auxquels l'obligeait sa profession de fille de brasserie.

En l'examinant lors de son entrée, nous constatons une rougeur vive de la vulve, d'où sort un pus verdâtre qui a tous les caractères du pus blennorrhagique. Autour des grandes lèvres et dans les sillons qui les séparent de la racine de chaque cuisse, il y a également de la rougeur et des excoriations produites par l'humidité, les frottements et le pus.

L'examen au spéculum est impossible en raison de l'extrême sensibilité de la muqueuse.

Le toucher même est douloureux : il permet pourtant de constater un épaissement de la muqueuse vaginale qui a perdu de sa souplesse normale. Sur le col de l'utérus on sent quelques granulations.

Le doigt pressant sur l'urèthre, de la vessie vers le méat, fait sortir une gouttelette de pus.

Une goutte de ce pus est étalée sur des lamelles, séchées, fixées à la flamme. Ces lamelles sont ensuite colorées au violet de gentiane. On voit alors de nombreux gonocoques, sous forme de diplocoques contenus dans les globules de pus. Par la méthode de Gram, c'est-à-dire en les colorant par le violet de gentiane, en les fixant par la solution iodo-iodurée et en les traitant par l'alcool, ces cocci perdent en effet leur coloration. Il s'agit donc bien d'une vulvo-vaginite gonococcienne avec uréthrite.

Les autres appareils sont normaux ; il n'y a aucun signe de lésion cardiaque ni pulmonaire.

Traitement : Injections d'une solution de permanganate de potasse à 1/6000 ; application, chaque matin, d'un tampon à la glycérine résorcinée ; lavage de la vulve et des parties voisines avec une solution de sublimé à 1/1000.

Pendant cinq jours la malade va très bien, se lève et se promène quelques heures chaque jour. Mais le 2 juin, vers le soir, après avoir été plus souffrante pendant la journée, elle est prise d'un frisson peu intense, et, en même temps, de légères douleurs dans les articulations de la main droite, du coude et du genou gauches. La température monte à 38°5.

3. — Les douleurs sont beaucoup plus fortes dans les articulations actuellement atteintes ; elles sont spontanément assez vives et considérablement exagérées par le moindre mouvement et la moindre pression.

La région carpienne du côté droit est gonflée, un peu rosée, uniquement sur la face dorsale. Les mouvements des doigts sont pénibles et très peu étendus.

Au coude gauche il n'existe, pour ainsi dire, aucune déformation, sauf une légère saillie en arrière, sur les côtés du tendon du triceps ; il y a là un peu de fluctuation. Le genou gauche est légèrement gonflé ; malgré la douleur, on peut constater, outre un effacement des méplats latéraux, un léger soulèvement de la rotule ; il y a un peu d'hydarthrose.

La température est de 38°3, le matin ; dans la soirée elle s'élève à 39°8 : le pouls est fréquent (112 pulsations par minute) ; il est plein, régulier.

La langue est saburrale, recouverte d'un enduit blanchâtre sur sa face dorsale, en avant, jaunâtre en arrière. Il n'y a pas de rougeur de la gorge.

L'appétit est nul, la soif assez vive, il n'y a ni nausées, ni vomissements. Le ventre n'est pas ballonné ; on note une légère constipation.

A l'auscultation du cœur, les bruits paraissent absolument normaux, sauf leur fréquence exagérée.

4. — Les douleurs des articulations autres que le genou gauche sont à peu près disparues ; il reste pourtant encore un peu d'épanchement dans l'articulation huméro-cubitale.

Au genou droit, au contraire, les douleurs sont toujours vives, au point d'empêcher presque le sommeil. Le gonflement de l'articulation a augmenté, la coloration des téguments reste normale, sauf au niveau des tendons de la patte d'oie, où l'on voit une bande rosée à limites diffuses.

En auscultant le cœur, on constate aujourd'hui que les bruits de la pointe ont un timbre métallique ; l'on perçoit en outre des irrégularités assez nettes, qui se retrouvent également dans le poulx. Pas de frémissement précordial, pas d'hypertrophie cardiaque ; aucune douleur dans la région du cœur n'est éprouvée par la malade.

Les injections de permanganate de potasse, quoique bien tolérées, sont remplacées par des injections d'eau de guimauve et pavot. Le genou gauche est placé dans une gouttière ouatée. Température : matin, 38°, soir, 39° 3.

5. — La malade a éprouvé, la nuit précédente, un sentiment d'angoisse précordiale, qui a d'ailleurs été très passager. Le poulx est toujours fréquent et irrégulier. L'auscultation du cœur nous révèle, à la pointe, au premier temps, un souffle systolique, peu intense, assez rude, qui se prolonge un peu vers l'aisselle.

Dans tout le reste de la région précordiale on n'entend aucun bruit pathologique.

La pulpe de l'index, appliquée au point où bat la pointe du cœur, perçoit un léger frémissement systolique, d'ailleurs peu net.

6. — Les douleurs articulaires ont complètement disparu sauf dans le genou gauche. Au coude et au poignet précédemment lésés, il ne reste plus qu'une légère sensibilité à la pression et un peu de douleur dans les mouvements étendus. Le gonflement a disparu.

Le genou gauche reste tuméfié ; mais les douleurs sont moins vives, plus supportables et moins exagérées par les quelques mouvements que fait la malade. Le membre inférieur gauche est de nouveau fixé dans une gouttière ouatée, de sorte que s'il se produit une ankylose, elle immobilisera le membre dans l'extension.

L'auscultation du cœur nous montre à peu près les mêmes symptômes ; au premier temps, à la pointe, un bruit de souffle rude, accompagné d'un pialement lointain et qui ne s'entend pas à toutes les pulsations. Le deuxième temps est normal.

En auscultant le cœur dans toute son étendue, avec le plus grand soin, nous ne trouvons aucun signe de lésion valvulaire autre que ceux notés à l'orifice mitral. De plus, il n'existe aucun frottement péricardique.

La malade a un peu toussé la nuit dernière et sa respiration est un peu accélérée (24 par minute). Au palper du thorax, les vibrations thoraciques sont normales ; à la percussion, on note une légère diminution de la sonorité aux deux bases, à l'auscultation on trouve, en ces points, des râles humides et fins aux deux temps de la respiration ; il paraît y avoir un peu d'œdème des poumons, dû à la gêne de la circulation.

Un vésicatoire est appliqué sur la région précordiale. Un gramme de caféine est administré par 24 heures dans une potion. De nombreuses ventouses sèches sont appliquées sur la région dorsale. Température : matin, 38° ; soir, 38° 6.

10. — Nous remarquons dans l'état de notre malade une légère amélioration : les symptômes cardiaques persistent ; mais ils n'augmentent pas d'importance ; le pialement a disparu, le bruit de souffle conserve un timbre rude ; les irrégularités du cœur ne sont plus guère sensibles ; le nombre des pulsations est ce matin de 92, la température de 37° 6 ; hier soir elle s'est élevée à 38° 1.

L'état du genou ne s'est pas modifié. La vaginite diminue considérablement d'intensité et les douleurs ont disparu. Même traitement.

30. — Les battements cardiaques ont repris leurs caractères normaux et n'était la persistance d'un bruit de souffle systolique à la pointe et l'abaissement de la pointe du cœur, on pourrait ne pas soupçonner l'existence antérieure d'une endocardite.

Le genou est retiré de sa gouttière. Il persiste une grande raideur et un léger endolorissement.

15 juillet. — La malade quitte l'hôpital. Sa vaginite, traitée depuis quinze jours par de nouvelles injections de permanganate de potasse et par les tampons de glycérine résorcinée à $\frac{1}{400}$ paraît guérie.

La raideur du genou persiste ; mais elle est déjà un peu moindre que lorsque la malade a commencé à se lever.

Nous examinons le cœur le jour de la sortie et nous trouvons à la pointe un bruit de souffle systolique, doux, en jet de vapeur. Le deuxième temps est normal. Les autres orifices sont normaux.

Au palper, la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal à dix centimètres de la ligne médiane : il y a hypertrophie compensatrice.

OBSERVATION II (PRÉVOST, *Archives médicales belges*, janvier 1895).

Endo-péricardite blennorrhagique. — Souffle systolique de la pointe.

M. X..., jeune officier, se présente le 16 courant à ma visite ; il est atteint d'une uréthrite aiguë qui a débuté la veille. Je lui ordonne un régime sévère ; je lui interdis l'équitation et je lui fais prendre de l'essence de santal en capsules (8 à 10 par jour). Je prescris ce médicament à tous mes jeunes gens, — et j'en soigne quelques-uns tous les ans.

Au moment de nous séparer, M. X., me dit : J'ai connu dans mon régiment des camarades qui, atteints de la même maladie, se sont guéris en faisant des lavages du canal. — Gardez-vous en bien, lui ai-je répondu, votre chaude-pisse est trop aiguë et la méthode dont vous parlez ne paraît avoir fait ses preuves que pour les uréthrites passées à l'état chronique. Prenez votre santal, et vous vous en trouverez bien. C'était le mardi, et je ne pensais plus à cette conversation, lorsque le vendredi, de bon matin, l'ordonnance vient me prier de me rendre sans délai chez son officier ; un camarade qui habite la même maison se trouvait près de lui et me raconte que la veille au soir, en revenant de dîner, son ami avait été pris subitement, en pleine rue, d'un malaise extraordinaire, et qu'on avait eu toutes les peines du monde à le ramener au logis et à le mettre au lit.

Le malade est étendu, immobile dans son lit, et se plaint de n'avoir pu fermer l'œil, par suite d'une violente douleur à la région précordiale. Le moindre déplacement de la tête ou du bras gauche lui arrache des cris. Tout en le rassurant, je procède à un examen aussi complet que possible ; le thermomètre marque 39°4 ; le pouls est à 21 au quart, ré-

gulier et mou ; avec des précautions inouïes, je parviens à constater que la douleur précordiale augmente et devient angoissante à la moindre pression ; son maximum correspond au troisième espace intercostal ; la percussion est impossible ; mais à l'auscultation, j'entends un bruit de râpe assez rugueux ; à la pointe, je perçois un souffle systolique assez doux.

Il n'y a pas de doute : je suis en présence d'une endo-péricardite développée dans le cours d'une uréthrite aiguë encore à ses débuts. Quelle en est la cause déterminante ? Nous voyons tous les jours des uréthrites chez des jeunes gens de vingt ans..., il a dû se passer quelque chose d'anormal ; le malade s'est fait, la veille à midi, un lavage de l'urèthre.

La blennorrhagie, comme toutes les maladies infectieuses, peut être la cause de lésions du cœur ; quoique très rares, ces lésions doivent être prises en sérieuse considération, car elles peuvent être l'origine des lésions valvulaires, dont la cause est souvent méconnue ou négligée...

Pour en revenir à notre malade, il est certain qu'une endo-péricardite a brusquement éclaté, compliquant la blennorrhagie à sa période aiguë. Quelle est la gravité de cette détermination cardiaque ? Rentre-t-elle dans la forme bénigne ? Ceci est relatif, car toute endocardite réclame, au point de vue du pronostic, les plus extrêmes réserves. Ou bien s'agit-il de la forme infectieuse, végétante, maligne ? Tout allait pour le mieux, après un traitement de huit jours (diète lactée, morphine, vésicatoires) ; le souffle avait disparu, et l'état général du sujet était des plus satisfaisants, lorsqu'il y a quelques jours, une thrombose de la veine humérale à droite est venue assombrir la situation. Je crois même qu'il en existe aussi dans les veines profondes du membre inférieur, car X., se plaint plus de ses membres inférieurs que de son avant-bras droit, et je pense que si l'œdème, si caractéristique au membre supérieur, ne s'est pas montré jusqu'ici au membre inférieur, c'est qu'il a été fugace, ou qu'il n'apparaîtra que plus tard, quelques jours après la douleur, comme cela se produit parfois.

OBSERVATION III (RICHARDIÈRE, *Médecine Moderne*, 24 janvier 1894).

Endocardite blennorrhagique. — Insuffisance mitrale.

Une malade, nommée J..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital de la Charité (salle Briquet), pour des douleurs articulaires intéressant plusieurs jointures (genou gauche, poignet gauche, etc.). Cette femme est atteinte de blennorrhagie remontant à une date indéterminée, sans doute ancienne, car depuis plusieurs semaines les chemises sont tachées par un écoulement abondant. L'examen au spéculum permet de constater que la muqueuse vaginale est rouge et enflammée. Le vagin renferme un liquide jaune verdâtre, dont les caractères et la nature sont manifestement en rapport avec une infection blennorrhagique, comme les arthropathies pour lesquelles la malade est entrée à l'hôpital.

L'évolution des arthropathies a été, en effet, telle qu'on l'observe dans les arthropathies d'origine blennorrhagique.

Quinze jours après l'entrée à l'hôpital, l'inflammation articulaire s'est localisée sur le poignet gauche. Le poignet était douloureux, tuméfié ; ses mouvements étaient impossibles. Le dos de la main et les doigts étaient le siège d'un gonflement œdémateux considérable. Cette arthrite du poignet avec synovite concomitante des gaines tendineuses des extenseurs, a persisté sans atténuation pendant plusieurs semaines ; le salicylate de soude n'avait aucune action sur l'état de la jointure. Seule l'immobilisation à l'aide d'un appareil silicaté a calmé les douleurs, presque intolérables jusqu'à l'application de l'appareil.

Ce fut pendant le séjour de la malade à l'hôpital qu'évolua sous nos yeux une endocardite dont l'origine peut être rapportée à la blennorrhagie.

Les premiers symptômes qui attirèrent l'attention sur le cœur furent :

1^o L'élévation de la température qui, normale jusque-là, monta plusieurs soirs de suite à 39° avec une rémission matinale de 2° ;

2^o Des douleurs à la région précordiale, assez vives pour que la malade fût incommodée, et demandât avec instance à être soulagée.

3^o Des battements de cœur, survenant par accès à l'occasion des mouvements et des repas.

Peu de jours après le début de ces symptômes, l'examen du cœur faisait constater des signes incontestables d'une lésion d'orifice. On entendait, à la pointe, un souffle d'abord assez doux, puis bientôt rude et râpeux, se propageant vers l'aisselle. Ce souffle a persisté, avec son caractère de rudesse. L'orifice aortique est resté indemne. Les deux bruits de la base ont toujours été entendus avec leur timbre ordinaire. Il n'y a pas de frottement péricardique.

A l'exception de l'élévation de la température, les symptômes généraux ont été absolument nuls. Aucun phénomène grave n'est venu révéler l'origine infectieuse de l'endocardite.

OBSERVATION IV (WILH. HIS, *Berlin klin. Woch.*, n° 40, p. 933,
3 octobre 1892). — Résumée.

*Endocardite ulcéreuse des valvules aortiques. —
Hémorrhagies. — Autopsie.*

Jeune homme de dix-neuf ans. Le père est atteint d'angine de poitrine par artériosclérose. Au milieu de février 1892, blennorrhagie, guérison au bout de trois semaines par injections de sublimé. Le 23 mars, courte syncope. Le 26, refroidissement suivi de frissons ; réapparition de l'écoulement urétral. Le 29, éruption généralisée de taches rouges, disparaissant à la pression.

Le 6 avril. — 40° 5 le matin. Le corps tout entier, à l'exception de la plante des pieds, de la paume des mains et du cuir chevelu, est recouvert de taches rouges depuis les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un pois ; quelques-unes sont nettement hémorrhagiques. Douleurs de gorge et dysphagie, 38 respirations par minute. Augmentation considérable de la matité cardiaque. Souffle systolique perceptible à la pointe, mais ayant son maximum au niveau de l'aorte ; 104 pulsations régulières. Urines normales. Rien du côté des organes sexuels. Trois jours plus tard, surdité croissante sans rien de visible dans l'oreille ; polyurie. La fièvre persiste, intense. Somnolence. Herpès labial. L'avant-veille de la mort, nouvelle éruption hémorrhagique sur les paupières, le tronc et les membres ; œdème malléolaire. Mort subite, le 24 avril, par arrêt du cœur. Examen négatif du sang pendant la vie. A l'autop-

sie, œdème pulmonaire; ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques, sous-endocardiques et sous-péritonéales. Endocardite ulcéreuse des valvules aortiques. Thrombus ramolli, puriforme à la pointe du cœur. Œdème et tuméfaction trouble des reins, dont le gauche renferme des infarctus anémiques. Rate contenant des infarctus de dates diverses, foie un peu grasseux, avec fines hémorrhagies. Nombreux thrombus veineux anciens, dans le plexus pubien. Fines hémorrhagies dans les testicules. La valvule malade présente de nombreux microbes offrant les caractères de gonocoques. Pas de microorganisme dans les infarctus viscéraux, non plus que dans le foie, la prostate, le testicule et la rate. Myocardite interstitielle. Hémorrhagies multiples dans le bulbe et dans le cervelet.

OBSERVATION V (W. HIS, *loc. cit.* Résumée).

Endocardite ulcéreuse aortique. — Autopsie.

Homme de 49 ans, sans antécédents morbides. Au milieu de mars 1879, blennorrhagie qui dura six semaines. Le 18 mars, arthrite d'abord cubitale, puis tibio-tarsienne, avec deux frissons quotidiens accompagnés d'élancements dans les membres.

27 juillet. — Anémie profonde. Retard du pouls périphérique. Frémissement vibratoire plus marqué au voisinage du sternum. Au niveau du sternum, souffle bref remplaçant le second bruit. Traces d'albumine dans l'urine qui contient beaucoup de globules blancs et quelques globules rouges. Maximum de température 41°1.

Vers le milieu d'août, abcès profond dans la cuisse droite. Le souffle systolique s'entend à 10 centimètres de distance. Pulsations visibles des petites artères; pouls unguéal.

Mort le 30 août, avec cyanose et dyspnée par œdème pulmonaire.

AUTOPSIE. — Endocardite ulcéreuse aortique. Anévrysme circonscrit, partiel, de l'origine de l'aorte, avec excroissances verruqueuses. Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Infarctus récents dans la rate qui est triplée de volume. Néphrite parenchymateuse. Foie grasseux. Hydrothorax, hydropéricarde.

OBSERVATION VI (LEYDEN, reproduite par MARTIN DE VÉVEY. Résumée).

Endocardite. — Insuffisance aortique. — Autopsie.

Jeune homme, 22 ans. Pelletier. Contracte une gonorrhée dans l'été de 1880. Elle disparaît après des injections. Survient une orchite qui guérit en trois semaines. Peu de jours après, l'épaule gauche devient douloureuse. Bientôt, le bras et toutes les articulations de la main sont prises à leur tour. Le malade est soigné, revient à la santé en trois semaines. Le 13 mars 1881, il a des nausées, des maux de tête et de l'inappétence ; le 15, quelques frissons ; le 16, un violent frisson ; il entre à l'hôpital. Etat général assez bon. Légère insuffisance aortique. Rate grosse, foie agrandi. Pas d'œdème, pas d'albuminurie. Dès lors, presque tous les jours un frisson, quelquefois deux ; dans l'intervalle, le malade se trouve bien. La quinine n'a pas d'effet. Les frissons continuent, le malade maigrit et s'affaiblit. Le 14 avril, peu de dyspnée. Le 17, mort-par œdème pulmonaire.

A l'autopsie, dans le péricarde, environ 40 grammes de sérosité claire ; les deux ventricules sont dilatés, surtout le gauche. La mitrale est épaissie sur le bord libre. Sur les valves droite et postérieure des valvules aortiques, se trouve une excroissance polypeuse de 3 millimètres de hauteur, blanc jaunâtre, mêlée de dépôts rouges, dure, à surface mamelonnée ; elle fait saillie dans le ventricule. Valvules du cœur droit, normales. Muscle cardiaque pâle ; infiltrations hémorragiques.

Poumons œdémateux. Rate très grosse avec plusieurs infarctus circonscrits et rouge foncé. Reins durs, tuméfaction trouble de la substance corticale.

OBSERVATION VII (HIS, *Berliner klin. Woch.*, 1892, n° 40, in *Med. News*. Résumée).

Endocardite ulcéreuse. — Lésions des valvules aortiques.

Jeune homme, 19 ans, atteint d'une blennorrhagie qui céda en trois semaines à des injections de bichlorure de mercure à 1/4000. A aucun moment, cet homme n'eut de difficulté anormale dans la miction, de douleurs au périnée ni aux testicules, de palpitations de cœur ni d'ac-

célération de la respiration. Peu de temps après, une syncope survint. Deux nuits plus tard, le sujet eut à parcourir une distance considérable. Pendant le voyage, il souffrit du froid. Le lendemain matin, il eut un frisson très net. L'écoulement urétral reparut. Rien d'anormal ne fut constaté, ni au cœur, ni aux poumons. Trois jours après, de nombreuses taches rouges s'effaçant sous la pression, apparurent sur le visage, les avant-bras, les jambes, les pieds et le tronc. Un nouvel examen permit de découvrir l'existence d'une lésion cardiaque. La température bientôt s'élevait à 104° F. ; des taches plus rouges apparaissaient sur une vaste étendue, et quelques-unes d'entre elles étaient hémorragiques ; les ganglions parotidiens droits augmentaient de volume ; l'aire de matité de la région précordiale était alors trouvée agrandie, tandis qu'un souffle systolique fort, intense, se faisait entendre à la pointe et au niveau de l'artère pulmonaire ; ce souffle avait pourtant son maximum d'intensité au niveau de l'orifice aortique. Pas de douleur dans les jointures.

L'urine était excrétée en quantité inférieure à la normale ; mais elle ne contenait pas de substance anormale. L'intelligence baissa, les sens s'obscurcirent, de nouvelles taches purpuriques apparurent, accompagnées d'une transpiration profuse ; le malade déclina peu à peu, et la mort survint par insuffisance cardiaque.

A l'autopsie, les valvules aortiques présentèrent les lésions de l'endocardite ulcéreuse. Le cœur était hypertrophié. A la pointe du ventricule gauche, il y avait un thrombus ramolli, puriforme. Les plexus veineux pubiens contenaient de vieux thrombus. Le rein gauche et la rate présentaient de nombreux infarctus.

Il y avait de petites hémorrhagies dans le foie, les testicules, les poumons, la prostate, le cervelet, la moelle allongée, sous la peau et sous les membranes séreuses et muqueuses.

OBSERVATION VIII (THOMAS, *Med. News*, 17 décembre 1892, Résumée).

*Endocardite et embolie cérébrale au cours d'un rhumatisme
accompagnant une blennorrhagie.*

C. L., 32 ans, fleuriste, eut une blennorrhagie en septembre 1892.

Bientôt après, il fut atteint d'un rhumatisme dont il se rétablit promptement. En octobre, je fus appelé pour combattre une rechute dans laquelle la température monta à 102° F. (38°9). Les articulations du côté droit étaient seules atteintes.

Par les alcalins et les salicylates, la température retomba rapidement à la normale ; mais les jointures restèrent quelque peu douloureuses. Le 9 novembre, le patient fut pris d'une douleur dans la région du cœur et l'auscultation révéla l'existence de souffles cardiaques.

Bien qu'il fût encore soumis au traitement anti-rhumatismal, et bien que les symptômes fussent assez calmés pour qu'il demandât à manger, je le trouvai, le 19 novembre, avec une température de 103° F., un pouls à 100, plein et fort, même à droite, bien qu'il y eût de ce côté de l'œdème entre l'artère et les doigts explorateurs. Aucun œdème n'était apparent à l'œil. Deux heures après, le patient fut pris d'une paralysie du côté droit, la face exceptée, et son état s'aggrava peu à peu jusqu'à la mort, qui survint le 27 novembre au matin. L'absence d'antécédents rhumatismaux dans sa famille, doit faire considérer la blennorrhagie comme la cause probable de cette attaque. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION IX (DESNOS, *Union médicale*, 1878).

Endocardite au cours d'un rhumatisme blennorrhagique. —

Lésions aortiques et mitrales.

Il y a environ un mois, entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, un homme atteint d'une bronchite aiguë, qui paraissait simple. Quelques jours plus tard, il se plaignit d'une douleur assez vive dans l'épaule gauche, douleur que j'attribuai aux mêmes causes de refroidissement qui avaient provoqué sa bronchite et auxquelles il avait été exposé dans l'exercice de son métier de maçon. Cette douleur commençait à s'amender, lorsqu'il en accusa une non moins intense vers l'articulation sterno-claviculaire du même côté. Il existait, en effet, dans cette région, une douleur vive, spontanée ou provoquée par la pression, en même temps une certaine rougeur du tégument externe, et du gonflement.

Sachant combien l'arthropathie sterno-claviculaire est rare en dehors d'une attaque de rhumatisme articulaire très généralisé ou d'un traumatisme, — à moins d'une manifestation du rhumatisme blennorrhagique ; — instruit par le souvenir d'une arthrite blennorrhagique sterno-claviculaire précédemment observée, je songeai à la possibilité d'un écoulement urétral. Cet écoulement existait en effet.

Pour moi, le diagnostic n'était plus douteux. Il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique cantonné dans un petit nombre d'articulations, chez un individu exempt jusqu'alors d'antécédents rhumatismaux ; car les antécédents ont été recherchés avec soin.

Pendant l'existence de cette arthrite sterno-claviculaire qui présentait d'ailleurs une certaine résistance à un traitement approprié, le malade se plaignit tout à coup de dyspnée assez violente, de palpitations. L'état de la bronchite qui, à cet instant, présentait une amélioration momentanée, ne rendait pas compte de cette oppression. Mais les battements du cœur étaient devenus tumultueux, irréguliers et l'on entendait à la pointe un bruit anormal, dont, en raison du tumulte du cœur, il était difficile de préciser la nature et la signification. Était-ce un bruit de galop péricardique ou un bruit de roulement ? Toutefois, les battements du cœur étant devenus plus lents, il devint évident pour moi qu'il s'agissait d'un de ces bruits de roulement qu'on donne comme signe du rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Ce bruit a été constaté maintes fois, non seulement par moi, mais par plusieurs personnes, notamment par des candidats au Bureau central, auxquels j'ai donné le malade à examiner.

Peu de temps après que nous eûmes reconnu l'existence de cette affection cardiaque, le malade commença à s'affaiblir ; il présentait une fièvre avec de grandes oscillations thermométriques, et je songeai, voyant sa prostration, à une endocardite ulcéreuse accompagnée des phénomènes typhoïdes qui lui sont propres et qui sont aujourd'hui bien connus. Mais la marche ultérieure de la maladie me fit bientôt abandonner ce diagnostic, et je reconnus que mon malade présentait les symptômes d'une asystolie que mes efforts étaient impuissants à combattre. Effectivement, en même temps que le pouls radial s'accélérait, devenait très faible, très petit, les extrémités inférieures, les mains même, en

dernier lieu s'œdématisaient, sans qu'il y eût de l'albuminurie ; la bronchite double, momentanément améliorée, présentait une recrudescence et se transformait en une congestion œdémateuse qui se traduisait par de la dyspnée, par de très nombreux râles sous-crépitaux perçus des deux côtés de la poitrine, en avant comme en arrière. L'asphyxie, lente d'abord, fit ensuite des progrès rapides et emporta le malade environ un mois après son entrée à l'hôpital.

Voici ce que révéla l'autopsie : Les deux poumons, rouges, ne revenant pas sur eux-mêmes après l'ouverture de la poitrine, laissaient suinter en tous leurs points, sous l'influence de la pression, un liquide rouge pâle, extrêmement spumeux. Le péricarde était sain. La valvule mitrale présentait sur la partie moyenne, à quelques millimètres du bord libre de sa valve antérieure, une végétation du volume d'une lentille, qui pouvait entraver le jeu de la valvule et expliquer, par ses rugosités, le bruit de roulement perçu pendant la vie. Mais il existait en outre, à l'orifice aortique, des lésions que l'auscultation ne nous avait pas révélées, en raison peut-être des nombreux bruits pulmonaires qui avaient envahi la région précordiale et rendu impossible, pendant les derniers temps de la vie, l'auscultation du cœur.

En regardant en effet par la cavité ventriculaire la face inférieure des valvules aortiques, l'on voyait une végétation grisâtre, très adhérente à cette valvule, faisant corps avec elle, comme il était facile de s'en assurer par des tractions opérées à l'aide d'une pince.

En examinant ces mêmes valvules par leur face supérieure, on distinguait, en saillie dans la cavité de l'aorte, une autre végétation du même volume que la précédente, du même aspect grisâtre et non moins adhérente. Les valvules aortiques étaient tout à fait insuffisantes, j'en ai fait l'expérience.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION X (DESNOS et LEMAISTRE, *Progrès médical*, 1877).

Rhumatisme blennorrhagique. — Rétrécissement et insuffisance aortiques.
— *Accidents encéphaliques.*

Le nommé L... Octave, âgé de 35 ans, homme d'équipe au chemin

de fer d'Orléans, est entré à l'hôpital de la Pitié (salle Ste-Marthe, n° 13), le 14 mars 1874. Les parents du malade sont bien portants et très âgés. Il est d'une bonne santé. Il ne boit pas et ne rapporte comme antécédents pathologiques qu'une pneumonie survenue en 1863, et dont il n'a jamais souffert depuis. Il n'a eu ni scarlatine, ni chorée, ni douleurs articulaires.

Un mois et demi avant son entrée, il a contracté une blennorrhagie avec phimosis. C'était, affirme-t-il, la première. L'écoulement était très abondant. Jamais toutefois la miction n'a été très douloureuse. Comme traitement, après avoir bu de la tisane pendant huit jours, il a fait journellement jusqu'à cinq et six injections. Ces injections, dont il ignore la nature, étaient très caustiques.

Après avoir suivi avec énergie ce traitement une quinzaine de jours, il finit par avoir à peu près raison de son écoulement. Quoiqu'il eût pu reprendre son travail, il éprouvait du malaise et avait perdu tout appétit. Le 25^e jour de sa blennorrhagie, il fut pris de frissons et obligé de quitter ses occupations. Il rentra chez lui et se mit au lit, en proie à une fièvre intense.

Bientôt, il éprouva dans les membres inférieurs des douleurs qui augmentèrent rapidement d'intensité et se localisèrent dans les genoux et dans les hanches. Plus vives dans le genou gauche, qui paraissait tuméfié, elles s'exaspéraient au moindre mouvement. Elles se calmèrent au bout de quelques jours puis apparurent dans les épaules et dans le cou, mais avec moins d'intensité.

Le malade garda le lit pendant 15 jours, au bout desquels il entra à l'hôpital. A ce moment L... a recouvré son appétit. Les douleurs articulaires ont à peu près disparu. Le genou gauche a augmenté de volume. Il y a du liquide dans cette articulation, mais en faible quantité. La pression ne provoque pas de douleurs. La marche seule est pénible. Les autres articulations n'offrent rien de particulier. Du côté des organes génitaux, les phénomènes aigus se sont amendés. Il est toutefois facile, en comprimant le canal de l'urèthre, d'en faire sortir une grosse goutte de pus.

Au cœur, on trouve un bruit de souffle assez rude, dont le maximum est à la base et au premier temps. Ce souffle se propage le long

du bord droit du sternum jusqu'à la 4^e articulation chondro-costale droite. On entend aussi un bruit moins fort à la pointe, mais c'est à n'en pas douter un retentissement du premier, car à la pointe il n'y a pas de maximum, ni dans l'aisselle aucune irradiation. Le souffle de la base, ayant tous les caractères d'un bruit solidien, est donc le symptôme d'un rétrécissement aortique. Les fonctions du système circulatoire semblent s'exécuter normalement. On n'observe rien du côté des poumons.

Du 13 au 20 mars, on ne trouve aucune diminution du bruit de souffle. Les douleurs du genou cessent peu à peu ; le malade peut marcher et descendre dans les cours. L'appétit est excellent. Sous l'influence du cubèbe, l'écoulement cesse tout à fait. Le malade demandait son départ, lorsque le 24 au soir, sans que rien ait pu faire prévoir les accidents auxquels on allait assister, il est pris de phénomènes syncopaux formidables qui présentent les caractères suivants : tout à coup il pâlit, rejette la tête en arrière, les pupilles dilatées, les yeux convulsés en haut. La respiration s'accélère, devient bruyante, puis se ralentit et, en même temps, les battements du cœur faiblissent et se suspendent durant 25 à 30 secondes, puis redeviennent perceptibles et s'accroissent peu à peu. Bientôt une inspiration profonde survient ; la face rougit, devient vultueuse, se couvre de sueurs et l'accès se termine par des convulsions cloniques qui agitent la face, les membres et même le tronc pendant quelques secondes. La durée de l'attaque est environ d'une minute, durant laquelle le malade a complètement perdu connaissance. L'accès terminé, il se plaint de céphalalgie et de courbature. Une nouvelle attaque a lieu pendant la nuit. Au matin, elles se répètent et deviennent de plus en plus nombreuses.

Le 25 mars, pendant la visite, on est témoin de plusieurs attaques. Elles se multiplient, dans la journée, jusqu'au nombre de douze en moyenne dans une heure. La nuit suivante, elles deviennent encore plus fréquentes : mais elles semblent diminuer de durée.

Le 26, à partir de 7 heures du matin, le malade semble aller mieux. Les attaques sont plus espacées. Nous en observons plusieurs. Elles sont plus courtes que celles de la veille. Le malade pâlit, il a des convulsions épileptiformes de la face. Le pouls et la respiration s'arrêtent,

mais à peine durant quelques secondes. Puis la face se colore légèrement, et le malade revient à lui. Après chaque accès L... se plaint de malaise et de céphalalgie, mais il n'a pas conscience de ce qui vient de se passer, il s'étonne des soins dont il est l'objet. Pendant les attaques, il est, d'ailleurs, complètement insensible.

Dans la soirée, les accès deviennent et plus courts et moins nombreux. Le malade n'a guère que de simples absences. En parlant, il s'arrête tout à coup, laisse tomber sa tête en arrière. La respiration est suspendue, le cœur se ralentit, puis il bat bruyamment. Une profonde inspiration survient, et le malade ouvre les yeux. Il n'a aucune notion de ce qui vient de lui arriver.

Le 27 mars, les accès ont disparu pendant la nuit. L... se plaint de céphalalgie, de lassitude, de courbature et d'un penchant invincible au sommeil.

L'examen du cœur, fait dans l'intervalle des accès, dès leur apparition, a révélé l'existence d'un nouveau bruit de souffle à la base et au second temps ; ce bruit est rude et râpeux. Simultanément, le souffle du premier temps a augmenté d'intensité. Ainsi, au rétrécissement aortique est venue s'ajouter une insuffisance du même orifice. On n'a constaté aucune lésion pulmonaire. La température a toujours été basse.

Ce même jour, où ont cessé les accidents encéphaliques, on remarque une poussée aiguë du côté du genou gauche, qui était entièrement guéri. Cette articulation devient grosse, rouge et assez douloureuse pour empêcher le sommeil.

Le 3 avril, l'articulation est rouge, considérablement tuméfiée et contient une quantité notable de liquide. On fait frictionner le genou avec une pommade à l'extrait de belladone et de ciguë.

Les douleurs se calment au bout de quelques jours. Du 15 avril au 5 mai, la tuméfaction disparaît peu à peu. Le malade se lève, son appétit est excellent. Il part pour Vincennes le 5 mai. Les bruits anormaux de la base existent toujours ; mais ils sont beaucoup moins marqués. Le cœur ne présente d'ailleurs aucun trouble fonctionnel.

OBSERVATION XI (BRANDES, *Mémoire sur le rhumatisme blennorrhagique*).

Endocardite au cours d'un rhumatisme blennorrhagique.

Brandes cite un homme qui avait eu à plusieurs reprises des blennorrhagies toujours compliquées de rhumatisme. Au cours de l'une d'elles, on note : pouls fort, dur, fréquent ; à l'auscultation du cœur, premier bruit prolongé et rude ; légères palpitations. On applique quelques ventouses scarifiées, et en quelques jours, les symptômes disparaissent.

OBSERVATION XII (LORRAIN, Th. de TIXIER).

Endocardite et rhumatisme blennorrhagique. — Insuffisance mitrale.

Homme de 29 ans, d'une bonne constitution. Aucun antécédent rhumatismal. Il contracte une chaude-pisse qui s'accompagne d'un écoulement assez considérable ; des injections amènent une notable diminution de l'écoulement. Peu après, il est pris de douleurs rhumatismales qui se généralisent, puis s'atténuent et disparaissent assez rapidement. A ce moment, surviennent des troubles circulatoires et l'examen du cœur révèle des signes d'insuffisance mitrale avec hypertrophie considérable. Plus tard, troubles généraux graves ; le malade quitte l'hôpital dans un état désespéré ; il succombe quelques jours après. M. Lorrain a cru devoir attribuer tous ces phénomènes à la blennorrhagie.

OBSERVATION XIII (Th. de VOELKER).

Dédoublement du premier bruit à la base. — Guérison rapide.

Un homme de 30 ans, d'une mauvaise constitution, d'un tempérament lymphatique très prononcé, entré le 17 décembre 1867, dans le service de M. Pidoux à la Charité.

Vers le mois d'octobre et pour la troisième fois, l'écoulement blennorrhagique avait commencé ; le 10 décembre, les douleurs articulaires s'étaient manifestées.

A son entrée à l'hôpital, on constate : pouls légèrement fréquent, pas

de chaleur à la peau. Du côté du cœur, dédoublement du premier bruit à la base, sans impulsion.

Le 20, état légèrement fébrile. Pouls fréquent à 110, petit.

Le 30, le malade marche difficilement. Son état général est excellent. Encore quelques douleurs rhumatismales vers l'épaule. L'appétit et le sommeil sont bons. Il n'y a rien au cœur.

OBSERVATION XIV (MAC DONNELL, traduite par ARTUS).

Deux atteintes distinctes de blennorrhagie ; chacune est suivie d'arthrite.

— *La seconde avec conjonctivite et orchite. — Nulle mention de rhumatisme ou de scarlatine. — Bruit systolique à la pointe du cœur.*

J. Mc. N..., 24 ans. Reçu le 4 septembre 1889 dans le service du Dr Wilkins. Douleurs sourdes à l'articulation coxo-fémorale et à la malléole gauches. Écoulement purulent de l'urèthre. Pas de rhumatisme. Bonne santé, jusqu'au jour où, il y a 2 ans, il eut une blennorrhagie rapidement suivie de douleurs dans la cheville gauche. Après quatre mois de lit, on le jugea complètement guéri.

Il était en bonne santé, il y a trois mois, quand il contracta une nouvelle chaude-pisse, suivie, comme auparavant, de douleurs articulaires. La cheville gauche devint peu à peu douloureuse, une semaine après l'apparition de l'écoulement. Vers le même temps, l'œil droit devint douloureux, avec photophobie. Il fut traité pour une ophthalmie blennorrhagique à la consultation externe de l'hôpital. En cinq semaines l'œil était guéri ; mais l'écoulement n'était pas tari.

Le malade souffrait toujours de douleurs articulaires aiguës, jusqu'au 15^e jour environ avant son entrée à l'hôpital, quand sa coxo-fémorale gauche commença à devenir très douloureuse. Au commencement de la chaude-pisse, le testicule a été tuméfié. Pas de fièvre. Vives douleurs dans la coxo-fémorale gauche. Gros écoulement urétral.

Cœur : la zone de matité n'est pas augmentée. Un souffle systolique faible se perçoit à la pointe ; mais il ne se propage dans aucune direction.

Le malade quitte l'hôpital au bout de 15 jours, en bonne santé.

L'auteur ajoute dans ses réflexions :

Il n'y avait ni fièvre ni transpiration. L'attaque fut graduelle et survint en deux fois dans le cours d'une blennorrhagie récente ; dans la première atteinte, il n'y eut qu'une articulation prise, et avec elle la conjonctive, coïncidence la plus significative ; dans la seconde, une articulation coxo-fémorale et une cheville furent seules intéressées.

OBSERVATION XV (MAC DONNELL, traduite par ARTUS).

Arthrite aiguë du coude gauche se terminant par suppuration et ankylose. — Endocardite probablement récente.

J. S..., âgé de 21 ans, entre, le 30 septembre 1887, dans le service du Dr Ross. Exposé au froid humide pendant trois jours, il est saisi d'un léger mal de gorge et d'une douleur transitoire du pouce droit. Le lendemain, douleur et gonflement de l'articulation du coude gauche. Il n'a jamais eu de rhumatisme d'aucune sorte.

Ecoulement blennorrhagique de trois semaines. Pas de céphalalgie ni de transpiration. Le pharynx et la luette sont un peu rouges ; mais il n'y a pas d'amygdalite. Pouls à 100. Température : 38°. Rien aux poumons.

Le choc précordial est à sa place normale et l'étendue de la matité cardiaque n'est pas accrue. Un souffle systolique, rude, est entendu dans l'aire de la mitrale (plus distinctement, juste à la pointe). Il se propage au bord antérieur de l'aisselle, et il s'entend en arrière, entre la ligne médiane et le bord dorsal de l'omoplate. Un souffle systolique plus doux se perçoit dans le deuxième espace intercostal, jusqu'au bord gauche du sternum.

Quatre jours après, apparaissent de vagues douleurs dans le poignet gauche. Température normale. Quinze jours plus tard, l'articulation du coude gauche se prend et présente de la fluctuation. Une ponction exploratrice y démontre la présence de pus. Le malade passe en chirurgie où il guérit avec ankylose. Pendant son séjour à l'hôpital le souffle constaté diminua d'intensité, mais ne disparut jamais.

OBSERVATION XVI (MAC DONNEL, traduite par ARTUS).

Blennorrhagie, froids, faibles douleurs articulaires, dyspnée subite et grave, péricardite, endocardite, pleurésie. — Guérison avec persistance du bruit mitral.

D. B....., 22 ans, employé de commerce, d'une bonne constitution, de petite taille, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 8 mai 1890. A cette date, après une longue promenade en voiture par un temps froid et humide, il tomba malade ; en descendant de voiture, ses genoux étaient raides et douloureux. Le lendemain, malgré une sensation de lassitude et de malaise, il se rendit à son bureau, mais vers le milieu du jour, il éprouva une certaine oppression dans la poitrine, et fut obligé de se reposer. Le surlendemain, obligé de faire une longue marche, il ressentit sur le soir une grande raideur dans les genoux, et, pour la première fois, des douleurs dans le poignet et les chevilles. Le jour suivant était un dimanche ; il garda le lit, n'éprouvant qu'une légère douleur et quelque raideur dans les genoux ; les souffrances des poignets et des chevilles avaient disparu.

Le cinquième jour, en essayant de se vêtir, il s'aperçut que sa respiration était très courte ; dans la journée la dyspnée augmenta rapidement. Il se trouvait mieux assis que couché et ne respirait aisément que debout. Le Dr Herbert Reddy, appelé, le trouva dans un état grave de dyspnée (40 respirations par minute). Les pupilles étaient fort dilatées et le malade était dans l'anxiété.

Le pouls était rapide, mais la température n'était pas très élevée. Il n'y avait pas de signes physiques et les symptômes articulaires avaient, à ce moment, complètement disparu.

L'aspect général était celui d'un malade à la première période d'une pneumonie grave. L'après-midi du sixième jour, quand je le vis, en consultation avec le Dr Reddy, qui m'avait appelé, le malade était moins anxieux que le jour précédent. Il y avait encore de l'orthopnée. Les respirations étaient de 36 et la température de 37°2. L'aspect du malade à la première période de la pneumonie était très remarquable, mais il n'y avait aucun signe physique dans les poumons. A la base du

cœur, un double frottement était distinctement perçu, s'étendant sur une surface d'environ un demi-pouce de diamètre, ayant son centre à l'union du troisième cartilage costal avec le sternum.

Le cœur était rapide, mais régulier, et il n'y avait aucun accroissement de la zone de matité superficielle. En présence de tous ces signes physiques et fonctionnels, le diagnostic de péricardite aiguë s'imposait. A ce moment, le sujet me parla de ses douleurs articulaires et me dit qu'il avait un écoulement blennorrhagique depuis cinq semaines.

Le septième jour, le frottement péricardique ne put être perçu. Du huitième au dixième jour, la dyspnée s'apaisa graduellement et le frottement ne put être perçu.

Le onzième jour (18 mai), le malade fut admis à Montreal General Hospital. Il était un peu pâle, les pupilles dilatées. Pas de dyspnée manifeste, au lit ; 20 respirations. Pas de gonflement des articulations. Décubitus dorsal. L'état d'anxiété observé à mon premier examen ne paraissait plus. Pas de douleur cardiaque, pas de palpitations. Le malade se plaignait de souffrir, à chaque inspiration un peu prolongée. La pointe du cœur était à sa place normale, le mouvement du cœur était lent et calme. La zone de matité cardiaque superficielle n'avait pas augmenté ; nulle diminution d'intensité des bruits du cœur. Le bruit systolique s'entendait faiblement à la pointe, et nulle part ailleurs dans la poitrine. Quand le malade se couchait sur le dos, ce bruit n'était pas perçu, mais il devenait perceptible dans la position assise ou penchée en avant. A la base du cœur, les deux bruits cardiaques étaient très nets ; le pouls, régulier, avait 66 pulsations.

C'était la deuxième atteinte de gonorrhée. La première était survenue quelques mois plus tôt, accompagnée de gonflement testiculaire, mais sans douleur articulaire. L'urine offrait la quantité et la densité normales, sans albumine. Température 37° 4.

Nulle maladie antérieure (scarlatine, angine, chorée) n'expliquait une prédisposition au rhumatisme. Du côté paternel, aucune trace de rhumatisme ni de goutte, une tante a une maladie de cœur, et les deux fils d'une autre tante, l'un une maladie chronique du cœur, l'autre une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

2 juin (25^e jour). — Il est depuis une quinzaine à l'hôpital et va bien.

La température a été à peu près normale, le pouls calme. Il a une très légère dyspnée. Le bruit systolique est plus distinct, et s'entend très bien dans toutes les positions du malade. Celui-ci se plaint de l'épigastre.

4. — (27^e jour). — Le soir, la température a été de 38° 8 pour ces 3 derniers jours. Douleurs à la nuque et aux épaules. Gaz abdominaux.

7. — (30^e jour). — Température 37° 8 et 38° 3 la nuit précédente. Douleur à chaque grande inspiration. Orthopnée. Aucun signe physique nouveau.

8. — (31^e jour). — Température du soir 39°. A la percussion, matité à la base du poumon droit ; bruits respiratoires faibles et diminution de la résonnance de la voix. A la base gauche, légère perte de la résonnance. Le mouvement du cœur est maintenant rapide, les bruits sont un peu assourdis. Respiration 24.

9. — (32^e jour). — Aujourd'hui on entend distinctement à la région précordiale, un bruit siégeant à la jonction du 4^e cartilage costal gauche avec le sternum, et occupant une étendue d'un demi-pouce de rayon.

L'augmentation de la matité cardiaque n'est pas perceptible. Il y a évidemment du liquide dans les deux plèvres, car des deux côtés de la poitrine, on trouve de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Absence du bruit respiratoire. Du côté gauche, sur la zone de matité, on perçoit de l'œgophonie lointaine.

10. — (35^e jour). — Température 40°, la nuit précédente, grande agitation et malaise. Les signes physiques n'ont pas changé, à part que la matité cardiaque s'est accrue du côté droit, dépassant de 1/2 pouce le bord droit du sternum.

Le malade se plaint beaucoup d'éruptions, et la douleur cardiaque et la dyspnée nuisent à son sommeil.

12. — (35^e jour). — La température est tombée. La matité cardiaque n'a pas changé. Les bruits sont moins sourds.

13. — (36^e jour). — Bruits toujours moins sourds. Un bruit systolique s'entend encore juste au-dessous du mamelon.

18. — (41^e jour). — Amélioration générale. Très légère élévation de température, le soir. Œgophonie moins distincte. Bruit systolique plein maintenant.

9 juillet. — Le malade rentre chez lui, à la campagne. Son état s'améliora très rapidement, surtout après qu'on lui eut permis de se lever. En quittant l'hôpital il avait encore une bande de matité aux deux bases. Le bruit systolique présentait son ancien caractère, strictement limité à la pointe. L'écoulement urétral avait progressivement disparu.

OBSERVATION XVII (obs. II de HIS qui l'emprunte aux *Archives de l'hôpital de Leipzig*. — Résumée).

Endocardite ulcéreuse. — Lésion aortique. — Autopsie.

Hasch, F. A., 19 ans, garçon boucher. Blennorrhagie en mars 1879, traitée uniquement par la voie interne (très probablement par le copahu). L'écoulement a duré six semaines. Le 18 mars, c'est-à-dire au début de la blennorrhagie, l'articulation du coude a été envahie par une tuméfaction douloureuse et l'avant-bras se trouve immobilisé en flexion. En même temps le malade est pris de fièvre avec frissons. La fièvre est peu intense ; c'est le médecin qui le premier attire sur elle l'attention du malade. Elle revient par accès, au nombre de deux chaque jour ; pendant ces derniers, les articulations des membres sont le siège de douleurs lancinantes. Rien dans les urines.

Entrée à l'hôpital, le 27 juillet. On constate l'existence de complications cardiaques. Pulsations des carotides. Souffle systolique à gauche, léger, doux et prolongé ; il existe aussi un souffle à droite dont le maximum est vers le sternum. Retard dans les pulsations artérielles. Pouls régulier, plein et fort. Les urines contiennent des traces d'albumine ; mais aussi des corpuscules sanguins.

Tous les jours, dans la matinée, le malade a un accès de fièvre durant lequel la température s'élève à 41°. La rate n'augmente pas de volume. La quinine est restée sans influence sur la fièvre ; celle-ci cède très rapidement à l'administration du salicylate de soude, mais l'accès se reproduit le lendemain.

Le 29 août, cyanose très manifeste, dyspnée, grande irrégularité des battements cardiaques, pouls à 132. Œdème pulmonaire.

Le 30. — Mort.

Autopsie. — Endocardite ulcéreuse aiguë s'étant propagée à l'aorte ;

anévrisme de la portion initiale de ce vaisseau, avec nombreuses excroissances verruqueuses. Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Rate triplée de volume, parsemée d'un certain nombre de noyaux récents d'infarctus. Néphrite parenchymateuse subaiguë. Légère dégénérescence graisseuse du foie. Œdème pulmonaire. Hydropéricarde.

OBSERVATION XVIII (Th. de WOELKER). Résumée.

Rhumatisme blennorrhagique. — Souffle mitral.

X... fut atteint d'une blennorrhagie qui ne tarda pas à se compliquer d'un rhumatisme. Au bout de quatre semaines il éprouva tout à coup une douleur assez vive à la pointe du cœur. L'auscultation révéla l'existence d'un bruit de souffle très net au premier temps.

Soumis à un traitement sérieux, l'écoulement subit en trois semaines une amélioration notable, et, chose singulière, le bruit de souffle initial disparut tout à fait.

OBSERVATION XIX (MARTY, *Archives générales de médecine*, 1876).

Endocardite blennorrhagique. — Rétrécissement aortique.

Le nommé D..., ouvrier d'administration, 22 ans et demi, entre à l'hôpital le 17 août 1876, dans le service de M. le professeur agrégé F. Poncet (de Cluny), Hôpital du Val-de-Grâce, salle 32, lit n° 9.

Les antécédents du malade sont satisfaisants ; du côté de sa famille, il n'accuse aucune attaque rhumatismale et aucune maladie de cœur ; de lui-même, nous ne trouvons pas le moindre accident articulaire, ni scarlatine, ni variole. Il s'alite pour la première fois. Tempérament lymphatique.

Vers l'âge de cinq ans, dit-il, il éprouvait quelque difficulté à courir. L'essoufflement était rapide et s'accompagnait de battements de cœur assez violents. Ces phénomènes durèrent deux ans ; depuis l'âge de sept ans ils n'ont pas reparu. Boulanger, il enlevait des sacs assez lourds, faisait de longues courses, supportait toutes les fatigues de son métier sans jamais en souffrir.

Incorporé le 22 octobre 1875, il a pu souffrir aux exigences de la vie militaire comme tous ses camarades.

Il contracte sa blennorrhagie le 15 août. Elle eut, dit-il, huit jours d'incubation. Il entre à l'hôpital avec ce diagnostic. L'invasion ne présente rien de spécial. L'affection appartenait aux formes de moyenne intensité. Douleurs peu vives, écoulement assez abondant. Peu d'inflammation de l'organe affecté. Pas de phénomènes généraux.

Le traitement institué reposa sur les balsamiques et les injections.

Quelques jours après se manifestèrent quelques phénomènes d'un embarras gastrique, qui, d'ailleurs, régnait alors dans la salle. Aucune autre complication ne survint. Pas de douleurs articulaires.

Du 17 août au 22 septembre, la blennorrhagie suivit sa marche ordinaire.

22 septembre. — Frissons violents, répétés, céphalalgie intense. Le malade accuse nettement, au milieu de quelques symptômes d'embarras gastrique, l'aggravation de son état et l'invasion d'une affection nouvelle.

Les organes sont sains. Le pouls est fort, plein, fréquent. Pas de point de côté, pas d'épistaxis ; diarrhée assez abondante.

La blennorrhagie diminue, sans disparaître totalement.

Le 23, même état.

Le 24, céphalalgie, insomnie. Langue un peu blanche, mais humide ; pupilles sensibles, intelligence nette, quelques cauchemars, appétit nul, courbature générale allant jusqu'à la douleur ; mais vague et mal délimitée.

Le facies reste bon ; pas le moindre aspect typhoïde. Pouls fréquent, plein, sans irrégularités.

Le cœur ne présente rien de particulier. Les poumons sont sains, la respiration est moins forte à droite qu'à gauche, sans qu'on en puisse rien conclure.

25. — T. m. 39°1 ; s. 39°9. Même état général. Pas d'anxiété précordiale. Les battements du cœur sont forts, mais sans arriver à incommoder le malade, qui n'accuse pas nettement de palpitations.

Le premier bruit, à la base, nous semble un peu sourd.

26. — T. m. 38°4 ; s. 40°1. L'état du cœur s'accroît, le bruit de la base s'altère.

27. — T. m. 38°4 ; s. 30°.

28. — T. m. 38°6 ; s. 39°6. Le diagnostic d'endocardite est porté. Nous avons un souffle nettement systolique, râpeux avec son maximum précis au niveau de la 3^e côte près de l'articulation chondro-sternale gauche. Il ne se propage pas vers la pointe, où les deux bruits sont absolument nets ; celle-ci bat à sa place normale. Le choc est toujours fort et imprime à la paroi thoracique un ébranlement notable.

Le souffle se propage vers l'aorte, M. le professeur agrégé Poncet a vérifié cette propagation. Nous ne l'avons pas retrouvé dans la crurale.

Le facies se maintient bon. Le malade ne semble pas incommodé par les hautes températures qu'il subit. La langue est humide, le pouls plein et fort. Deux heures de sommeil, urine fébrile, sans albuminurie, quantité anormale.

Traitement. — Vésicatoire camphré à la région précordiale. Teinture de digitale 10 gouttes. Pansement du vésicatoire à la teinture d'iode.

29. — T. m. 38°6 ; s. 39°4. Même état général et local.

30. — Pouls à 104 ; T. m. 38°8 ; s. 39°5. Un peu de sommeil. Même pouls. Ni oppression, ni toux ; sueurs, carphologie.

1^{er} octobre. — P. 82 ; T. m. 38° ; s. 38°9,

2. — P. 64 ; T. m. 37°4 ; s. 38°9. Pouls régulier. Léger frémissement à la pointe. Pas de courbature. Meilleur état général. L'état du cœur est le même : le souffle subsiste sans modification. Un peu d'appétit et de sommeil. Langue bonne. Du côté de l'urèthre, goutte quotidienne le matin. Rien aux aines.

3. — P. 76 ; T. m. 37°4 ; s. 38°3. Un peu d'oppression et de gêne sous la poignée du sternum.

4. — P. 64 ; T. m. 37°8 ; s. 38°2. Un peu de sommeil ; vomissements à deux reprises ; nausées presque continuelles le matin. Anorexie. Ne tousse pas. Langue humide, mais blanche. Céphalalgie. Constipation. Sclérotiques jaunâtres. Pouls intermittent, un peu effacé.

5. — P. 80 ; T. m. 37° ; s. 38°3. Facies moins satisfaisant ; langue cependant humide, mais un peu blanche. Douleur présternale. Le champ de la matité cardiaque ne s'est pas étendu. Le pouls s'est relevé. Il est plein, intermittent. Deux vomissements. Pas de céphalalgie. Urine normale. Ecoulement presque nul. Le souffle se propage nettement vers

les vaisseaux du cou. Quatre heures de sommeil environ dans la nuit.

6. — T. m. 37° ; s. 39°4. Reprise brusque de la fièvre. Palpitations pour la première fois. Le soir, sueurs abondantes. Langue humide, perte complète de l'appétit, abattement, constipation toujours absolue.

Traitement. — 3 pilules de digitale, 2 de sulfate de quinine.

7. — P. 90, le matin ; T. m. 37°6 ; s. 39°. Palpitations, douleurs pré-sternales, courbature. Peu de sommeil. Langue chargée. Facies altéré. Urines fébriles. Impulsion du cœur forte. Pouls plein.

8. — T. m. 37°3 ; s. 39°. Peu de sommeil, sueurs abondantes le soir. Pas de céphalalgie. L'éréthisme cardiaque paraît céder un peu. Pas de palpitations. Perte d'appétit. Le malade a encore un léger écoulement le matin. Il tousse un peu. On trouve dans les poumons quelques râles d'œdème rares et disséminés. Rien aux malléoles. Le bruit cardiaque se propage vers les carotides ; il est plus fort, on l'entend vers la pointe. Le maximum est toujours au même lieu, mais la décroissance est assez difficile à suivre. Le facies est toujours altéré.

Le 9. — T. m. 37° 7 ; s. 39° 8. Un peu de sommeil, toujours quelques sueurs le soir ; pas d'intermittences dans le pouls.

Le 10. — T. m. 37° 2 ; s. 37° 8. Sueurs abondantes, la veille, depuis cinq heures de l'après-midi, jusqu'à 7 ou 8 heures du soir. Deux heures et demie de sommeil environ, dans la nuit. Urine abondante et normale. Persistance de la constipation. Ecoulement très faible. Le souffle présente les mêmes caractères. Le cœur n'a pas changé de volume. En rapport avec la chute de la fièvre, amélioration réelle et notable. Le facies est meilleur et plus animé. Un peu d'appétit. Toujours quelques râles aux poumons.

Le 11. — T. m. 36° 8 ; s. 37° 4. Quelques sueurs, un peu de sommeil, mêmes caractères du pouls qui présente quelques intermittences. Tousse toujours un peu.

Traitement : quinine, digitale, extrait de quinquina.

Le 13. — T. m. 37° 4 ; s. 37° 5. Amélioration progressive.

Le 20. — L'amélioration continue : mais les signes stéthoscopiques sont les mêmes. Le pouls présente toujours quelques irrégularités.

OBSERVATION XX (MOREL, Th. Paris, 1878).

Antécédents rhumatismaux. — Blennorrhagie. — Arthropathies.
— *Endo-péricardite.*

Louis Paris, âgé de 35 ans, frappeur, entre dans le service, le 24 octobre 1877, se plaignant de ressentir depuis trois jours une vive douleur dans la fesse gauche.

Dix jours auparavant, le 14 octobre, il avait contracté une blennorrhagie.

Ce malade est sujet aux attaques de rhumatisme. A l'âge de 19 ans il entra pour ce motif à l'Hôtel-Dieu. Plus tard, en 1868, à la suite de sa première blennorrhagie, il fut soigné à l'hôpital Beaujon pour des douleurs articulaires qui siégeaient surtout dans les genoux et dans les hanches.

En 1871, à la Pitié, rhumatisme articulaire aigu, indépendant de toute chaude-pisse, occupant surtout les pieds et les reins.

Depuis 1871, ces douleurs rhumatismales sont revenues plusieurs fois, surtout après des changements brusques de température, mais sans forcer le malade à se mettre au lit.

Il n'a jamais eu d'autres maladies aiguës, jamais de palpitations de cœur, et ne se rappelle pas que pendant ses divers séjours à l'hôpital on ait particulièrement examiné son cœur ou pris son tracé sphymographique.

Il est du reste très robuste, exerce un rude métier (frappeur), ne se plaint pas de fatigue ni d'essoufflement après l'ascension d'un escalier ou un exercice violent.

Pas d'alcoolisme bien accusé. Un peu de pituite le matin ; peu de sommeil, pas de tremblement.

24 octobre. — Le malade ne se plaint absolument que de la douleur qu'il ressent dans la fesse gauche ; elle est vive, surtout la nuit, l'empêche de dormir, de marcher, de fléchir le tronc. Elle s'augmente à la pression, et, nettement limitée, paraît siéger dans l'articulation sacro-iliaque gauche.

On fait sourdre une goutte de pus du canal de l'urèthre, mais les douleurs blennorrhagiques ont disparu.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal.

Les autres organes sont sains. Pas de fièvre.

Traitement : Injection de morphine.

Les jours suivants, la douleur persiste, à peine diminuée, mais le pied droit est gonflé et douloureux au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations métacarpo-phalangiennes.

7. — La douleur a quitté la fesse et s'est portée aux pieds et aux reins.

L'examen du cœur qui a lieu tous les jours, fait constater pour la première fois, un bruit de souffle léger au premier temps et à la pointe ; de plus, quelques frottements peu accusés. Les bruits de la base n'ont subi aucune altération.

Le cœur n'est pas hypertrophié : la pointe bat juste au niveau du mamelon, un peu en dedans.

Le malade n'accuse aucune sensation de malaise ni d'oppression. Pas de fièvre : le matin, 37°4 ; le soir, 36°6. Le tracé sphygmographique ne présente rien de particulier. L'écoulement urétral a entièrement disparu.

12 novembre. — Les douleurs ont envahi le poignet gauche. Elles ont diminué dans le poignet et les reins. Le souffle persiste sans augmentation notable ; frottements à la partie moyenne du cœur.

On élève la dose de salicylate à 8 grammes.

13. — Le malade accuse depuis deux jours un sentiment d'oppression ; par moments, palpitations ; les grandes inspirations sont pénibles ; quelques nausées. Pas de fièvre ; 36°6, le soir.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes. Toujours pas d'hypertrophie. Même traitement. Le malade a pris 8 grammes de salicylate de soude jusqu'à sa sortie. Sur le tracé, la ligne d'ascension s'arrondit au voisinage du sommet.

1^{er} novembre. — Souffle plus intense au premier temps et à la pointe.

Léger souffle au premier temps à la base.

Douleurs plus fortes dans les reins ; celles du poignet et du pied ont disparu. 36° 2 le soir.

19. — Le souffle de la base augmente d'intensité ; toujours pas de réaction.

20. — Mêmes signes stéthoscopiques. Le tracé présente un plateau qui indique un rétrécissement aortique. Le pouls reste régulier.

Douleurs lombaires très vives.

Les jours suivants, le malade est dans le même état, ne se plaint que de douleurs lombaires, spontanées non augmentées par la pression ou les mouvements, fortes surtout la nuit, d'où un peu d'insomnie.

Du reste la santé est bonne; le malade se lève, mange deux portions; seulement, un peu d'oppression.

Le tracé du 27 présente un plateau plus marqué encore.

2 décembre. — Le souffle de la base est plus rude, celui de la pointe diminue. Les autres bruits du cœur sont normaux. L'étendue de la matité n'a pas varié depuis le commencement de la maladie.

Le tracé du 3, comparé aux précédents, semble révéler une tendance à l'insuffisance aortique; mais aucun phénomène stéthoscopique ne vient à l'appui. Ce jour-là, comme tous les autres, le malade ne présente aucune fièvre.

11. — Depuis quelques jours, mieux notable, plus d'oppression; moins de douleurs lombaires; les souffles ont diminué d'intensité, aussi bien à la base qu'à la pointe.

15. — Le malade part pour Vincennes. Les douleurs sont maintenant très légères; le souffle de la base a beaucoup diminué; celui de la pointe a presque disparu.

OBSERVATION XXI (MOREL, Th. de Paris, 1878. Résumée).

Endocardite. — Insuffisance aortique et mitrale.

Le nommé B. . . , Mathurin, âgé de 20 ans, exerçant la profession de typographe, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel, le 12 mars 1878.

Au point de vue des antécédents, il accusait avoir ressenti, il y a un an, dans le cours d'une blennorrhagie, des douleurs rhumatismales siégeant dans le bras, le genou et le pied gauches. Il habitait une chambre saine et bien aérée. Ses parents n'avaient jamais eu d'attaque de rhumatisme, ni d'affection cardiaque.

Environ trois semaines avant son entrée, il avait contracté une nou-

velle blennorrhagie. Au bout de huit jours, il était atteint d'une conjonctivite double, d'origine rhumatismale ; elle était, en effet, à répétition, et l'on n'observait pas de sécrétion purulente.

Des douleurs rhumatismales ne tardèrent pas à apparaître d'abord dans le pied droit, ensuite dans le genou gauche. L'écoulement, très abondant au début des douleurs, diminue très rapidement.

Le jour de son entrée, le 12 mars, nous constatons un épanchement dans les deux genoux, plus considérable à droite.

L'articulation tibio-tarsienne droite était prise, elle aussi, et offrait de l'œdème.

Un bruit de souffle existait dans le troisième espace intercostal gauche ; le maximum était à droite. On entendait un bruit de galop.

Le cœur était hypertrophié, la pointe battait dans le sixième espace intercostal. Le bruit du souffle de la pointe et celui de la base étaient perçus tous les deux au premier temps.

Le 13 mars, les articulations paraissaient contenir une moins grande quantité de liquide. Le malade souffrait moins.

Le 15, on trouva au cœur un roulement à la base, qui masquait le premier et le deuxième bruits ; un tracé sphymographique offrait tous les caractères d'une insuffisance aortique.

Cet état du cœur se maintint toujours à peu près le même jusqu'aux premiers jours d'avril. Durant cette période, les douleurs rhumatismales diminuèrent de jour en jour, mais il y eut quelques accidents du côté de l'iris et de la cornée.

Le 29 mars, il y eut une amélioration sensible du côté des yeux ; toute douleur avait disparu ; la pupille se dilatait très bien, et la cornée n'offrait aucune trace d'inflammation.

A la visite du 6 avril, le malade annonça une réapparition de douleurs articulaires aux mêmes points, mais une disparition presque complète d'écoulement.

A l'auscultation, le roulement de la base n'existait plus, on trouvait seulement un peu d'insuffisance mitrale.

Il resta encore à l'hôpital une quinzaine de jours, durant lesquels on vit disparaître à nouveau les douleurs rhumatismales. Le 22, jour de sa sortie, il n'avait plus comme écoulement qu'une goutte de pus le

matin, mais il avait encore un souffle léger au premier temps et à la pointe.

OBSERVATION XXII (THAYER et BLUMER, *Arch. de méd. expér.*,
nov. 1895. — Résumée).

Endocardite. — Insuffisance mitrale. — Autopsie.

L. S..., 34 ans, entre à l'hôpital se plaignant de faiblesse, de toux et de douleurs générales.

A eu du rhumatisme il y a trois mois et depuis est restée souffrante.

A son entrée : au cœur, à la pointe, souffle présystolique et souffle systolique transmis dans l'aisselle. Hypertrophie, la pointe bat dans le 5^e espace. Frissons et exacerbations thermiques irrégulières. Hypertrophie de la rate. Sueurs. Dix jours après, léger frottement péricardique. Ensuite accroissement de l'hypertrophie du cœur, diarrhée, affaiblissement, mort.

A l'autopsie : Endocardite ulcéreuse de la mitrale recouverte d'un thrombus ramolli. Muscle cardiaque pâle, mou, un peu marbré. Broncho-pneumonie, hypertrophie de la rate et du foie.

Sur les coupes du cœur : gonocoques. Dans le sang, pendant la vie et après la mort, ces mêmes microbes sont constatés par des ensemencements.

B. — Péricardites.

OBSERVATION XXIII (communiquée à BRANDES par LEHMANN. Résumée).

Péricardite blennorrhagique. — Arthropathie.

Homme de 50 ans. Depuis 10 ans, 5 gonorrhées suivies chaque fois d'arthropathies plus ou moins graves. Nouvel écoulement, et, bientôt après, douleurs violentes ; gonflement de plusieurs articulations, surtout du genou. En même temps, forte fièvre, insomnie, délire revenant par paroxysmes.

A ces symptômes viennent se joindre, quelques jours après, ceux d'une inflammation catarrhale généralisée à toute la conjonctive et ceux

d'une péricardite avec épanchement. Le bruit de frottement est très fort, le mouvement du cœur irrégulier ; la matité cardiaque augmente sensiblement. Palpitations, douleurs dans la région précordiale ; pouls accéléré et tendu. Ces symptômes disparaissent, sous l'influence d'une saignée, du calomel et de l'opium.

OBSERVATION XXIV (HERVIEUX, *Gazette médicale de Paris*, 1858, juin).

Blennorrhagie. — Douleurs articulaires. — Péricardite.

X..., 23 ans, entre le 6 mars 1858 à l'hôpital du Midi. Le malade est atteint, depuis trois semaines, d'une blennorrhagie qui s'est compliquée depuis cinq jours de douleurs articulaires, principalement localisées dans le genou. Pas de fièvre.

Le 13 mars, sans cause extérieure appréciable, insomnie, douleurs dans les deux genoux et dans les diverses jointures des membres supérieurs et inférieurs. Bruit de souffle à la base du cœur, au premier temps ; pulsations cardiaques très sensibles.

Les jours suivants, cet état général persiste, mais les douleurs et le gonflement se localisent dans les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les épaules et les poignets, surtout le poignet gauche.

Le 21 mars, tout a disparu aux membres supérieurs. Les deux genoux sont toujours tuméfiés, le gauche un peu moins ; mais dans le genou droit, on peut constater une certaine quantité de liquide synovial.

Le 12 avril, X... demande son exeat. Les articulations sont en très bon état, le bruit de souffle cardiaque persiste encore.

Le malade revient le 27. Il a été repris de nouvelles douleurs il y a deux jours ; le lendemain la douleur d'abord localisée au niveau du talon s'était étendue et retentissait sur toute la longueur de la jambe, suivant la direction du nerf sciatique : il y avait aussi de la douleur dans le genou droit. Pas de fièvre. L'appétit se maintenait.

Le 4 mai, le malade va bien, l'écoulement a diminué, la miction s'effectue sans douleur.

Le 14, le malade éprouve un malaise général, il a de la fièvre, le soir. Le lendemain matin, sensation de gêne à la région précordiale.

Nous avons les signes d'un épanchement péricardique ; matité plus étendue, bruits cardiaques sourds, éloignés de l'oreille, un peu irréguliers, sans modifications dans le timbre. On applique un vésicatoire.

La fièvre disparaît, mais la perturbation des bruits et mouvements du cœur persiste.

Le 21, on prescrit un nouveau vésicatoire ; poudre de digitale 0 gr. 08 en 6 pilules.

Le 30, le malade va beaucoup mieux, la sensation de gêne précordiale s'est dissipée ; le lendemain, nouvelle apparition de douleurs dans les bras, mais beaucoup plus légères que précédemment.

Le 10 juin, le malade ne souffre plus, il se lève ; mais l'écoulement n'a pas disparu.

Enfin, X... quitte l'hôpital et il n'a plus reparu.

OBSERVATION XXV (de GUNTZ, cité par VIDART, Résumé).

Rhumatisme. — Péricardite. — Méningite. — Mort.

Jeune soldat de 21 ans, très robuste ; n'a jamais eu la moindre maladie. Il y a quelques semaines, il accomplit un coît en plein air ; peu de jours après, blennorrhagie intense, très douloureuse.

Quelques jours après l'apparition de cet écoulement, frissons, fièvre intense, symptômes gastriques, puis douleur dans le genou. Toutes les grandes jointures se prennent ensuite presque simultanément.

Le malade reste dans le décubitus dorsal, immobile. L'écoulement blennorrhagique disparaît à l'apparition des fluxions articulaires et de la fièvre ; pas le moindre suintement ; les émissions d'urine sont douloureuses par moments ; pas de signe d'inflammation du méat ordinaire, ni des organes génitaux. Les articulations prises tout d'abord se dégagent quelque peu, dès qu'une nouvelle jointure plus éloignée devient le siège d'une fluxion subite. Un jour, sept articulations apparaissent à la fois rouges, gonflées, douloureuses au même degré. L'examen des urines démontra la présence d'urates et de phosphates ; même constitution du sang que dans le rhumatisme aigu ; sueurs profuses ; éruption miliaire étendue.

L'évolution de la grande fièvre eut beaucoup de ressemblance avec

celle du rhumatisme aigu ; l'intensité progressive de la fièvre précéda régulièrement l'invasion successive des jointures. Au cours de la troisième semaine, la courbe de la température, qui baissait régulièrement tous les jours, se releva brusquement, un matin.

Une péricardite avec tous ses symptômes se manifesta.

Saignées répétées à profusion, vessie de glace sur la région précordiale, calomel à haute dose, rien ne put empêcher l'évolution rapide de la maladie.

Apparition d'une méningite. Mort.

OBSERVATION XXVI (LACASSAGNE, *Archives générales de médecine*, septembre 1872, p. 259).

Péricardite blennorrhagique.

Tabarant Al., sapeur au 2^e génie, âgé de 21 ans, entre le 18 juillet 1871 à l'hôpital Saint-Éloi. Il est couché dans le service de M. Lacassagne au n° 16 de la salle Saint-Barthélémy. C'est un garçon d'une bonne constitution ; jusqu'à l'époque de la campagne de 1870-1871, il s'est toujours bien porté, sauf quelques chaude-pisses qui n'ont jamais amené de complications articulaires ou autres. Il a eu pendant sa captivité en Prusse une pneumonie, des fièvres intermittentes et la dysenterie. Sous l'influence du froid humide, il a ressenti quelques douleurs articulaires ; c'est la seule fois qu'il ait éprouvé des douleurs rhumatoïdes. Dès sa jeunesse et avant sa captivité, il était sujet à des palpitations quand il courait ou montait trop vite un escalier.

Tels sont les antécédents qu'il raconte à son entrée à l'hôpital.

A ce moment, il avait une assez forte diarrhée qui attire tout d'abord l'attention. Mais, deux jours après, il accuse de vives douleurs constrictives en barre, à la base de la poitrine, et une sorte d'angoisse précordiale.

La position horizontale est impossible ; le malade reste assis sur son lit.

Dans la poitrine, il n'y a qu'un peu de bronchite. Pour le cœur, on sent à la palpation un frémissement caractéristique ; la matité est plus étendue ; enfin l'on entend un bruit de rappel ou de galop parfaite-

ment accusé. Le bruit systolique était normal (peut-être un peu soufflé); le second bruit était un frottement post-systolique, occupant le petit silence; le troisième bruit était le son normal.

En même temps, céphalalgie et fièvre. Température 39°3. Pouls plein résistant : 106 pulsations. La maladie évolue régulièrement; de temps en temps, quelques accès de palpitations. Syncope. Le premier jour, on applique quelques ventouses scarifiées; puis on donne quelques calmants et un peu de digitale.

Le 25, le malade est définitivement mieux; la température est redevenue normale (37° 2). A la visite, il nous apprend qu'il a constaté le matin, en s'éveillant, un écoulement blennorrhagique assez abondant. Il raconte alors pour la première fois qu'il avait la chaude-pisse avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le jour même où il a commencé sa maladie.

Pendant toute la durée de la péricardite, il n'a pas trouvé trace de l'écoulement (rien sur sa chemise, rien sur ses draps), et le 25 au matin, il a été étonné de le voir reparaitre.

Dès lors, les signes de la péricardite ont tout à fait disparu et la chaude-pisse a évolué régulièrement: cœur, comme le jour de l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire sans signes stéthoscopiques appréciables. Palpitations faciles.

Le 6 août, à deux heures de l'après-midi, le malade ressent de violentes palpitations. Celles-ci durent toute la nuit et empêchent le sommeil; elles ne disparaissent que le 7 au matin. Pendant ce temps-là, l'écoulement blennorrhagique s'apaise.

Le 7, à la visite du matin, l'écoulement est insignifiant, quelques palpitations comme la veille. Traitement: digitale en potion.

Le 8, submatité, à la percussion, dans la région précordiale; à l'auscultation, le premier ton est légèrement soufflé. Ecoulement presque nul. Traitement: bromure de potassium, digitale.

Le 10, on commence les injections uréthrales; les palpitations sont moins fortes.

Cet état s'améliore chaque jour, et le 15, le malade est en convalescence.

L'examen complet, ce jour-là, montre l'écoulement à peu près tari.

Du côté du cœur, pas de palpitations. A la percussion, rien d'anormal ; à la palpation, on sent surtout le choc systolique de la pointe ; à l'auscultation, le bruit systolique est un peu éclatant.

OBSERVATION XXVII (VIDART. Th. de Paris, 1875).

Péricardite légère. — Complications. — Mort.

Le nommé Jacques X. . . , âgé de 38 ans, entre à l'hôpital le 26 juillet 1874. Il est d'une constitution robuste, il exerce la profession d'orfèvre.

Il eut, il y a deux ans, une attaque de rhumatisme qui le força de garder le repos et le lit pendant un mois. A cette époque, il n'avait pas eu de blennorrhagie ; depuis lors, il en a contracté plusieurs, jamais suivies d'accidents rhumatismaux.

Il y a trois semaines environ, il a contracté une dernière blennorrhagie à forme franchement aiguë.

Le 26 juillet, il est pris de frissons avec fièvre, suivis de douleurs articulaires, ayant débuté par les genoux et les cous-de-pied.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs dans les articulations des membres inférieurs et dans l'épaule gauche. Il a de la fièvre, le pouls est plein, la langue sale. Il n'est pas allé à la garde-robe depuis 2 jours.

Les deux genoux, surtout le droit, sont distendus par un épanchement.

Le 27, le malade, cloué dans son lit, ne peut faire jouer aucune de ses articulations. Les sueurs sont toujours abondantes.

Il accuse une douleur rétro-sternale, qui, dit-il, le gêne pour respirer.

La respiration est sifflante, mais le murmure vésiculaire est pur.

Il y a un peu d'oppression, pas de maux de tête, pas de délire.

Le pouls est plein et bat 100 pulsations. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 29, le malade ayant pris par erreur le sulfate de quinine en une seule fois, il s'en est suivi des vomissements et quatre selles séreuses.

Il a été assoupi toute la nuit, il a parlé à plusieurs reprises pendant son sommeil.

Le 30, au matin, toutes les articulations sont dégagées, le malade se

dit guéri de son rhumatisme ; mais il éprouve toujours cette douleur spéciale qu'il localise en avant de la poitrine. La peau est aride et sèche, et l'on remarque dans le dos une éruption miliaire, d'une légère teinte purpurique.

Pas de maux de tête, pouls 110, respiration superficielle et fréquente, le facies présente quelque chose d'égaré.

A six heures du soir, la respiration devient plus rapide ; elle est suspirieuse, haletante. La face et surtout les yeux sont très injectés.

120 pulsat. ; temp. axil., 40° 8.

Le pouls est plein et fort, la langue un peu rouge sur les bords.

Rien au cœur ni aux poumons.

Même absence de maux de tête ; pas de délire ; les douleurs articulaires, qui avaient disparu le matin, reparaissent.

Nouvelle selle séreuse abondante.

Huit heures du soir. Le malade est dans le coma, il y a insensibilité complète des téguments, la respiration est très fréquente et stertoreuse. On couvre les membres de sinapismes et l'on applique vingt ventouses scarifiées sur la poitrine.

A neuf heures du soir, le malade meurt. — Autopsie :

Poumons sains, partout crépitants ; aucun signe de congestion pulmonaire.

Cœur graisseux : les deux ventricules et les deux oreillettes sont complètement vides.

Aucune lésion valvulaire.

Sur la face antérieure du cœur, à la partie supérieure de la portion ventriculaire, le feuillet épithélial du péricarde est dépoli sur une très petite étendue.

Méninges : les sinus et les veines de la dure-mère sont gorgés de sang.

A la base de l'encéphale, les vaisseaux de la pie-mère sont congestionnés, et bien qu'il existe déjà un commencement de putréfaction, on reconnaît aisément une teinte rouge généralisée. Sur les parties latérales de la convexité, on retrouve cette même congestion, mais à un moindre degré. Sur la convexité des lobes droit et gauche, on observe un début de pachyméningite. La pie-mère est très adhérente, principalement à la base.

La surface cérébrale est le siège d'un piqueté très épais.

Rien dans les ventricules ; les vaisseaux y sont également congestionnés.

La substance cérébrale ne présente rien d'anormal à la coupe.

On ne trouve nulle part sur les méninges la trace d'un travail inflammatoire, aucune exsudation, nulle trace de pus.

Rien à noter dans les autres appareils.

OBSERVATION XXVIII (obs. VIII de BAISLE, résumée).

Rhumatisme blennorrhagique. — Péricardite légère.

Paul M..., bijoutier, 48 ans, entré le 19 mai 1888 dans le service de M. le professeur Fournier. Aucune maladie antérieure ; parents bien portants, non rhumatisants. Blennorrhagie contractée vers le 20 mars. Vers le 40 mai, douleurs au genou gauche, puis au genou droit, et impossibilité de marcher.

A l'entrée, sujet très anémié, hydarthrose des deux genoux. Pied gauche et talon douloureux à la pression et gonflés ; œdème périmal-léolaire et gonflement douloureux le long des gaines des péroniers latéraux. Ténosite des tendons extenseurs des doigts, à droite. Articulations sterno-claviculaires un peu douloureuses à la pression.

Les articulations acromio-claviculaires sont douloureuses pendant 24 heures, et les mouvements de la tête un peu gênés pendant le même laps de temps.

24 mai. — Vives douleurs à la pression du condyle interne du fémur droit. Les genoux ont diminué de volume.

Pas de palpitations, ni de douleurs à la région précordiale. Timbre métallique du premier bruit. Température : 38° 2 et 38° 6.

26. — On supprime le salicylate de soude, donné depuis six jours.

27. — T. 38° et 38° 3. Bruit de frottement péricardique.

28. — Douleurs à l'épaule gauche, à l'annulaire gauche et au petit doigt.

29. — Les doigts et les poignets ne sont presque plus douloureux. Bruit de frottement péricardique à la région médiane du cœur.

31. — T. 37° 5. Le malade a quelque peine à fléchir les genoux.

Voussure à la région précordiale ; la matité du cœur est augmentée ; bruit de frottement péricardique ; quelques frottements à la base du poumon gauche.

4 juin. — Léger frottement péricardique. Température : 38° 8 et 38° 2.

8. — Rien au cœur. Les douleurs ont disparu, sauf à l'articulation de la première et de la deuxième phalanges de l'index gauche.

Guérison complète à la fin de juin. Dans la convalescence, le malade a présenté une légère conjonctivite de l'œil gauche.

OBSERVATION XXIX (GLUZINSKI).

Péricardite sans arthropathies. — Rechute et arthropathies.

Le 24 mai, vient à la consultation un homme de 22 ans, se plaignant de palpitations depuis huit jours. Jusqu'alors il était bien portant, n'avait jamais eu de douleurs dans les articulations, ni dans les muscles. L'examen des organes n'a montré rien d'anormal, sauf au cœur. Pouls 98. Température : 37° 4. Vibrations cardiaques visibles dans les 3^e, 4^e, 5^e espaces intercostaux ; à l'auscultation de la base du cœur, frottement péricardique. Uréthrite muco-purulente. La blennorrhagie date de quatre mois. Urines normales. Diagnostic : péricardite sèche, causée, d'après les données précédentes, par la blennorrhagie.

Après le traitement approprié, l'état s'améliora de telle sorte que le 12 juin, examinant le malade pour la troisième fois, on pouvait le considérer comme guéri. Pouls 76.

Plus de frottements ni de vibrations.

Le malade continua de soigner sa blennorrhagie. L'amélioration ne fut pas de longue durée.

Le 14 juillet, il revient, disant que « tout était revenu ». En effet, on trouva à l'examen le même état que le 24 mai.

Ces symptômes, ainsi que la blennorrhagie durèrent 15 jours.

Le 19 septembre, il revient à la consultation. Il y avait huit jours que l'écoulement était revenu plus abondant ; il éprouvait de l'oppression et, après certains mouvements, des palpitations. Ce n'est qu'alors qu'il accusa, en outre, une douleur dans le genou et le coude droits.

Pas de fièvre. Pouls 116. Frémissement vibratoire sensible à la main. Bruit systolique, perceptible à l'auscultation, du cœur gauche.

Dans les cinq jours qui suivent, pas d'amélioration visible. Pouls 98. Le 7 octobre, le frémissement est moins intense : pouls 84 ; bruit systolique assez fort. A dater de ce jour, le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION XXX (Communiquée par le D^r MORAX à M. D'ARGIS).

Rhumatisme blennorrhagique. — Péricardite.

M. X. . . . , 23 ans, contracte une uréthrite blennorrhagique au mois de novembre 1889. Ecoulement abondant, purulent, avec douleurs, etc. Au 15^e jour, survient une élévation de la température, et en même temps apparaissent des douleurs articulaires, vives, intéressant surtout les genoux, les coudes, les poignets et les épaules. La température oscille entre 39° et 40°. Etat général assez mauvais, inappétence, etc. Les manifestations articulaires persistent pendant 15 jours, non influencées par le traitement ordinaire des arthropathies. Elles sont peu fixes, voyagent d'une articulation à l'autre. La fièvre persiste et, au bout de 15 jours, l'arthropathie se localise au genou gauche. A ce moment, douleur dans la région précordiale, et durant 4 ou 5 jours, frottement péricardique très manifeste, avec éloignement des battements du cœur. En cinq ou six jours, ces symptômes sont amendés, sans autre traitement qu'un vésicatoire.

Les suites furent fort longues, le malade ayant subi une foule d'autres complications : endormi pour subir le redressement du genou, il est pris d'une syncope fort alarmante, nécessitant plusieurs minutes de respiration artificielle.

Ce n'est qu'après trois mois que les phénomènes aigus ont disparu, et au bout d'un an seulement, le malade était guéri, avec une ankylose du genou.

OBSERVATION XXXI (DOMINICO PITRUZELLA, *Giornale italiano delle malattie venerea*). — Résumée.

Péricardite. — Mort. — Autopsie.

Marie G. . . , 22 ans. Père mort d'accident, mère bien portante.

Deux grossesses et une fausse couche. L'un des enfants a six ans, l'autre quatre ans. L'avortement est survenu entre les deux grossesses.

Malade depuis le 1^{er} octobre 1892, où elle fut atteinte de pneumonie migratrice. La convalescence fut traînante et marquée par une rechute, survenue le 13 novembre. La malade revint à l'hôpital de San Francisco.

Six jours après sa seconde entrée dans le service, elle est prise d'un prurit douloureux des organes génitaux, suivi d'un écoulement mucopurulent abondant. L'état s'aggrave ; survient une violente douleur de la région cardiaque avec dyspnée. La température oscille entre 38° le matin et 39° le soir.

Enfin, le 31 décembre, elle est prise d'un érythème généralisé ; on l'envoie le 4 janvier 1895 dans le service du Dr Tommasoli.

Pouls à 112. 40 respirations. La pointe du cœur se voit et se sent au bord inférieur de la cinquième côte. Léger frémissement systolique à la pointe. L'aire du cœur est agrandie. Aux poumons, respiration rude, avec râles humides aux deux temps.

On trouve dans l'urine quelques globules sanguins.

8 janvier. — L'érythème devient purpurique.

9. — Toux continue, expectoration muqueuse mêlée de sang. Urines un peu sanglantes.

13. — Mort.

Autopsie faite le lendemain.

Cœur : Le péricarde contient une forte quantité de liquide roussâtre. Endocardite ancienne de la mitrale avec poussée suraiguë récente. Infarctus pulmonaires.

OBSERVATION XXXII (Thèse de SOUPLET, 1892).

Péricardite blennorrhagique sans arthropathies.

Le nommé Borow, fourreur, âgé de 49 ans, entre le 29 mai 1891, à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Balzer (Salle 6, lit n° 13). Il a une orchite gauche depuis 6 jours, survenue au cours d'une blennorrhagie datant de 23 jours.

La blennorrhagie est ordinaire ; l'orchite, d'intensité moyenne. Nous constatons en outre un début d'orchite droite.

Le malade n'a suivi jusqu'ici aucun traitement, et n'a pris aucune injection. Repos au lit, stypage, bicarbonate de soude, salol.

Rien dans les urines. Robuste, quoique maigre, il n'a jamais été malade. Nul renseignement sur ses antécédents héréditaires.

15 mai. — Jusqu'à ce jour, rien de remarquable à noter. Ce matin, le malade se plaint d'inappétence, de nausées légères ; il accuse quelques douleurs au niveau des dernières côtes et du diaphragme. État fébrile insignifiant. Pouls normal, plein, un peu accéléré. Urines normales.

24. — État persistant, inexpliqué, aucune amélioration. Douleurs diaphragmatiques plus vives. Un peu d'agitation. Le malade dort mal. L'état fébrile s'accroît plutôt : température, 38° ce matin. Le pouls est plein, accéléré. L'auscultation révèle des frottements péricardiques intenses.

Les jours suivants, les frottements sont toujours intenses, surtout quand le malade est assis. Ils présentent, d'un jour à l'autre, des variations d'intensité et de timbre. Pas d'augmentation sensible de la zone de matité cardiaque. On fait de la révulsion sur la région précordiale. En même temps, diminution du bruit respiratoire aux deux bases et frottements, râles surtout à droite. Les troubles généraux persistent ; insomnie, agitation ; le malade parle à chaque instant de se lever ; oppression assez vive. La température monte un soir à 39° 8.

25. — Les frottements ont diminué considérablement. La respiration s'améliore. Plus de fièvre. Très grande amélioration.

5 juin. — Guérison. Rien au cœur, rien aux poumons. Les deux épидidymites ont disparu : on ne constate plus qu'une légère induration.

Le malade n'a jamais eu de cystite, jamais d'albumine dans les urines. Enfin nous n'avons jamais constaté de manifestations rhumatismales d'aucune sorte.

C. — Myocardite.

OBSERVATION XXXIII (COUNCILMAN, *The american Journal of medical Science*, 1893).

Myocardite blennorrhagique.

Le nommé W. H. entre à l'hôpital le 30 septembre 1892. Un écoulement urétral avait été constaté pour la première fois quatre semaines auparavant. Dix jours après, le genou gauche se met à enfler et devient douloureux. Cet état dure trois ou quatre jours ; le genou droit se prend à son tour. Depuis l'attaque, le malade a eu des gonflements douloureux dans les doigts, les épaules et les coudes ; toute inspiration prolongée provoque une douleur dans la poitrine ; le 6 octobre, cette douleur, qui durait depuis l'entrée du malade, cessa. La douleur persiste dans le genou droit. La température reste normale. Le 7 octobre, le malade se plaint d'une violente douleur dans la poitrine. A l'examen, on constate un léger accroissement de la matité cardiaque, mais sans aucun souffle, aucun frottement péricardique. Le 8 octobre, la douleur dans le thorax persiste, intense, et des sangsues sont appliquées.

Le 9, le malade dort bien, se réveille à six heures du soir et boit un peu de lait. A sept heures il pousse des cris de souffrance et tombe de son lit. L'infirmier accourt et trouve le malade haletant et sans pouls perceptible. La mort survient presque sur le champ. La température, pendant toute la durée de l'attaque, n'avait pas excédé 99° F. Le pouls était resté au-dessous de 110. La respiration était accélérée.

L'autopsie fut pratiquée 28 heures après la mort. Les deux poumons sans adhérences, étaient comprimés par le péricarde distendu. Les parties postérieures et inférieures des deux poumons étaient congestionnées et œdémateuses.

Le péricarde, énormément distendu, offrait à sa surface externe,

congestionnée, nombre de petits foyers hémorrhagiques, et dans sa cavité une abondante exsudation hémorrhagique (environ 800 cmc.) avec de gros caillots sanguins. Les deux surfaces du péricarde étaient recouvertes de masses fibrineuses, dans lesquelles il y avait des hémorrhagies. Le cœur était dur et contracté ; l'aorte très étroite.

Le myocarde du ventricule gauche était dur et d'une coloration pâle de cire, d'apparence amyloïde. Vers l'endocarde, spécialement près de la base des muscles papillaires, le tissu paraît gélatineux, grisâtre et transparent. Cet aspect s'étend par point sur une grande étendue dans le tissu du myocarde. Il est particulièrement marqué vers la pointe du ventricule. Par place, à travers cette pâleur, cette transparence, on distingue une infiltration hémorrhagique. Cet état du myocarde est à peu près localisé au ventricule gauche. Il y a pourtant quelques petites lésions de même nature dans le ventricule droit ; mais elles sont moins nettement marquées. A la partie antérieure de la face interne de l'oreillette gauche, sur un espace de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2, le tissu musculaire est remplacé par un tissu pâle et opaque. Le centre de cette partie est mou et presque déchiré.

La rate est augmentée de volume, ses corpuscules proéminents ; les follicules clos de l'intestin sont hypertrophiés ; de même les ganglions du mésentère.

Dans le genou droit, environ 100 grammes de pus gélatineux.

La prostate est infiltrée de pus, et à gauche de l'urèthre on voit un petit abcès collecté.

L'examen microscopique de l'exsudat péricardique montre du sang, de nombreux globules de pus et de larges cellules épithéliales, mais pas de gonocoques. Il y en a dans l'urèthre et le genou, mais en petit nombre dans cette articulation.

Des coupes du cœur, pratiquées en différents endroits, révèlent une péricardite intense généralisée. Le péricarde est partout enflammé et gonflé ; il a par endroits une épaisseur de 2 et 3 millimètres. Sa surface est lisse sur sa plus grande étendue, avec çà et là des saillies papillaires très nettes ; il y a quelque peu de fibrine mollement adhérente, mais non pas à proprement parler, d'exsudat fibrineux. Dans le péricarde, enflammé, de nombreux vaisseaux sont remplis de sang et très

dilatés. Probablement, le sang trouvé dans la cavité péricardique provient de la rupture de ces vaisseaux. Le tissu enflammé du péricarde est distendu, infiltré de globules de pus, et contient de nombreuses cellules, grandes, dont quelques-unes renferment des globules de pus. Le myocarde présente des lésions multiples, plus considérables au voisinage du péricarde que partout ailleurs. Là où les lésions sont les moins marquées, il paraît y avoir seulement un peu d'infiltration par des globules de pus le long des cloisons connectives, qui sont enflammées et gonflées. En quelques points, les lésions du myocarde, quoiqu'atteignant leur maximum au voisinage de l'endocarde, semblent provenir du péricarde. En tous les points où il y a infiltration purulente, on voit des degrés variés de dégénération des fibres musculaires. Au premier degré, elles sont seulement un peu augmentées de volume, avec une coloration diffuse ; leurs noyaux disparaissent, et souvent elles contiennent des vacuoles. Il y a tous les degrés entre cette modification et une entière substitution des zones d'infiltration purulente et de nécrose au tissu normal du cœur. Il n'y a pas de dégénérescence granuleuse. Quelques-unes des zones dont la dégénérescence est la plus étendue, comprennent presque toute l'épaisseur du ventricule, et vont presque jusqu'au péricarde. En ces endroits, il y a de larges zones de tissus nécrosés avec une infiltration purulente propageant au loin la nécrose.

La lésion la plus marquée se rencontre dans l'oreillette gauche. Les gonocoques se trouvent en grand nombre dans les coupes du myocarde, en très petit nombre dans le péricarde, et en nombre quelconque par points dans presque toutes les cellules du pus. Il ne s'en trouve pas un seul dans les tissus, en dehors des cellules.

CONCLUSIONS

Parmi les nombreuses séreuses dont l'inflammation peut être observée comme complication de la blennorrhagie, il faut placer celles du cœur, le péricarde et l'endocarde.

Le muscle cardiaque lui-même peut être atteint, ainsi qu'en témoignent de rares observations, mais concurremment avec l'une des deux séreuses.

Les arthropathies blennorrhagiques ne sont nullement l'intermédiaire obligé entre la localisation primitive du gonocoque et la complication cardiaque ; mais il faut reconnaître que les cas où il y a coexistence des deux complications sont, de beaucoup, les plus nombreux.

L'endocardite blennorrhagique peut être simple ou infectieuse. L'endocardite simple peut guérir, passer à l'état chronique ou déterminer une mort rapide par asystolie. Elle peut aussi se compliquer d'embolies.

L'endocardite infectieuse à gonocoques se termine fatalement par la mort. Elle peut affecter les formes septicémique, pyohémique ou hémorrhagique.

Le péricardite est ordinairement bénigne. Les cas graves concernent tous des lésions complexes : il y avait en même temps des lésions de l'endocarde ou du myocarde.

Le gonocoque a été à maintes reprises constaté dans les lésions du cœur (Martin, Gluzinski, His, Wilman, Councilman, Winterberg, Thayer et Blumer) ; mais seulement dans les formes infectieuses de l'endocardite et dans un

cas de myocardite suppurée. Cette constatation de l'agent pathogène n'a pas encore été faite pour l'endocardite simple non ulcéreuse.

L'endocardite blennorrhagique peut se développer sur un cœur antérieurement altéré par une inflammation rhumatismale. Ces altérations valvulaires semblent même être une cause prédisposante à l'inflammation blennorrhagique.

Vu :

Le Président de la thèse,
C. POTAIN.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Thayer et G. Blumer.** — Endocardite blennorrhagique, septicémie d'origine blennorrhagique. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, novembre 1895.
- Prévost.** — Des déterminations cardiaques de la blennorrhagie. *Archives médicales belges*, janvier 1895.
- Richardière.** — L'endocardite blennorrhagique. *La médecine moderne*, 24 janvier 1894.
- Councilman.** — Myocardite blennorrhagique. *The American Journal of medical Sciences*, septembre 1893.
- Boucher d'Argis.** — *La péricardite blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1895.
- Pitruzzella.** — *Giornale Italiano delle malattie venerea*, XXX, 1.
- Chiaiso et Isnardi.** — Sur un cas de rhumatisme blennorrhagique avec complications viscérales. *Giornale Italiano di Medico*, n° 2, p. 293, Torino, 1894.
- Leyden.** — Endocardite blennorrhagique maligne. *Berlin. klinische Wochenschrift*, 1^{er} janvier 1894.
- Gerheim.** — *Verhandlungen des physik. medicin. Gesellschaft zu Wursburg*, XXI.
- Wilh. His.** — Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhœ. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 3 octobre 1892.
- Souplet.** — *La blennorrhagie, maladie générale*. Thèse de Paris, 1892-1893.
- Patoir.** — *L'infection blennorrhagique, ses accidents généraux, ses manifestations à distance*.
- Thomas.** — Endocardite et embolie cérébrale dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique. *Medical News*, 17 décembre 1892.
- Noguès.** — Symptômes d'infection purulente au cours d'une blennorrhagie. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1891.
- Mac Donnel.** — Complications cardiaques dans le rhumatisme blennorrhagique. *American Journal of medical Sciences*, janvier 1891.

- Caspari.** — De la blennorrhagie uréthrale et de ses suites. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 22 septembre 1890.
- Arnozan et Cheminade.** — Le poulx et le cœur des blennorrhagiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 4 août 1890.
- Gluzinski.** — *Przegląd Lekarski*, 1869, n° 11 et *British medical Journal*, 1889, p. 1084.
- Patris de Broë.** — Thèse de Paris, 1889.
- Von der Velden.** — Deux cas d'endocardite blennorrhagique. *Münchener medic. Wochenschrift*, p. 193, 1887.
- Railton.** — Blennorrhagie, rhumatisme articulaire, endocardite. *British medical Journal*, p. 1142, juin 1884.
- Michaels.** — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1845, p. 1123.
- Martin** (de Vevey). — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1882, p. 308 et 352.
- Morel.** — Th. de Paris, 1878.
- Martin.** — Th. de Paris, 1882.
- Desnos.** — *Union médicale*, 1878, 10 janvier.
- Desnos et Lemaistre.** — *Progrès médical*, 1877, n° 50.
- Talamon.** — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, janvier, février, mars 1878.
- Vidart.** — Thèse de Paris, 1875.
- Lacassagne.** — *Archives générales de médecine*, septembre 1872, p. 259.
- Tixier.** — Th. de Paris, 1866.
- Brandès.** — *Archives générales de médecine*, septembre 1854.
- Marty.** — *Archives générales de médecine*, 1876.
- Hervieux.** — *Gazette médicale de Paris*, juin 1858.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
